Eina kartą per mėnesį | 1939 m. | XX METAI

Nr. 3 | Kovo mėn. | Nr. 3

MEDICINA

LAIKRAŠTIS, SKIRIAMAS MEDICINOS TEORIJOS IR PRAKTIKOS REIKALAMS, TAIP PAT GYDYTOJŲ PROFESINIAMS REIKALAMS

Redakcinė Komisija:

Prof. med. dr. *P. Avižonis* (akių ligos), prof. dr. *J. Bagdonas*, prof. dr. *Pr. Gudavičius* ir prof. med. dr. *K. Buinevičius* (vid. ligos), prof. dr. *J. Blažys* (nervų ir psichinės ligos), prof. med. dr. *Al. Hagentornas*, doc. dr. *Vl. Kuzma* ir priv.-doc. dr. *V. Kanauka* (chir.), dr. *K. Grinius* (savivaldybių ir socialinė medicina), prof. med. dr. *A. Jurgeliūnas* ir dr. *M. Nasvytis* (bakteriologija ir higiena), dr. *P. Kalvaitytė* (rentgenologija), prof. med. dr. *J. Karuža* ir doc. dr. *Br. Sidaravičius* (odos ir veneros ligos), prof. *E. Landau* (histologija ir embriologija), prof. med. dr. *Vl. Lašas* (fiziologija ir fiziologinė chemija), prof. med. dr. *Pr. Mažylis* (akušerija ir ginekologija), prof. med. dr. *K. Oželis* (teismo medicina), doc. dr. *P. Stančius* (odontologija), dr. *J. Staugaitis* (profesiniai gydytojų reikalai), prof. med. dr. *V. Tumėnienė* (vaikų ligos), prof. med. dr. *E. Vinteleris* (patologija ir patologinė anatomija), doc. dr. *J. Zubkus* (ausų, nosies ir gerklės ligos).

Redakcinė Kolegija:

Prof. med. dr. *P. Avižonis* (nuo V. D. Univ-to Medicinos Fakulteto), dr. *M. Nasvytis* (nuo Kauno Medicinos Draugijos) ir dr. *J. Staugaitis* („Medicinos" Redaktorius).

LEIDŽIA: V. D. Univ-to Medicinos Fakultetas ir Kauno Medicinos Dr-ja

Redaktorius **D-ras J. Staugaitis.**

Redakc.-Admin. adr.: KAUNAS, Mickevičiaus g. Nr. 11-a, b. 4, telef. 2-15-07.

SKELBIMŲ KAINA: 75 — 100 litų puslapiui.

PRENUMERATOS KAINA: metams 30 litų, pusei m. 15 litų.

Šio numerio kaina 3 lit.

TURINYS

J. Kairiūkštis, priv-doc.: Piktybinių navikų dirginamoji terapija 165
Br. Sidaravičius, doc.: Gonorėjos gydymo pažanga 172
T. Šiurkus: Arthrosis deformans klausimu 181
Č. Bankauskas, chem.-vaist.: Vandentiekio vamzdžių sanitarinė reikšmė 191
J. Pikas, chem.-vaist.: Apie lizatus 198
L. Goldšteinas: Mažoji diferencinė diagnostika:
V. Pneumonia gripposa lobaris biliosa 201
Referatai (Vidaus ligos, vaikų ligos, chirurgija, urologija, akušerija ir ginekologija, otorinolaringologija, nervų ir psichinės ligos) 208
Klinikos ir praktikos patyrimai. 220
V. Juškys: Įstatymas kovai su venerinėmis ligomis gyvenime 229
Bibliografija 238
Kronika 238

SOMMAIRE

J. Kairiūkštis, priv.-doc.: Traitement par le choc des tumeurs malignes.
Br. Sidaravičius, doc.: Le progrès dans le traitement de la blennoragie.
T. Šiurkus: A propos de l'arthrosis deformans.
Č. Bankauskas: La valeur sanitaire de tuyaux de canalisation.
J. Pikas: Sur les lysats.
L. Goldšteinas: Un peu de diagnostic différentiel:
V. Pneumonie grippale lobaire à forme ictérique.
Revue analytique (Pathologie interne, maladies des enfants, chirurgie, urologie, accouchement et gynécologie, otorhinolaryngologie, maladies nerveuses et mentales),
Notes thérapeutiques, cliniques et pratiques.
V. Juškys: La loi pour la lutte contre les maladies vénériennes dans la vie.
Bibliographie.
Chronique.

Gerbiam. „MEDICINOS" ėmėjai

maloniai prašomi **ko skubiausiai sumokėti „Medicinos" 1939 metų prenumeratą**, jei ne visą, tai bent už pirmąjį pusmetį, nes ligi šiol gautų prenumeratpinigių (1.891 lt.) toli gražu nepakanka visoms šių 1939 m. pirmojo ketvirčio išlaidoms padengti.

Kadangi „Medicinos" žurnalo mėnesinės išlaidos siekia vidutiniškai apie 2.000 litų, tai šiuo metu šito žurnalo kasoje yra susidarę daugiau kaip **3.300 litų deficito**.

Taip pat ir senesni „Medicinos" žurnalo skolininkai prašomi kiek galima **greičiau sumokėti savo užsilikusias prenumeratos skolas.**

„Medicinos" Redakcija-Administracija.

MEDICINA

žurnalas, skiriamas medicinos teorijos ir praktikos reikalams.

XX met. | 1939 m. kovo mėn. | Nr. 3

Priv. doc. med. dr. Jonas Kairiūkštis.

Piktybinių navikų dirginamoji terapija*).

Paskutiniais metais, padidėjus mūsų žinioms apie hemopoetinę ir retikuloendotelinę sistemą, buvo pastebėta labai didelė šitos sistemos reikšmė organizmui. Pasirodė, kad ne tik imunitetas kai kurioms infekcinėms ligoms yra susijęs su šitos sistemos funkcija, bet šita sistema ir kitose patologinėse būklėse atlieka uždavinius, kurie pakelia organizmo atsparumą. Į pačią dirginamąją terapiją šiandien žiūrima kaip į priemonę paveikti ir suaktyvinti hemopoetinę ir retikuloendotelinę sistemas.

Varant šitoje srityje platų eksperimentinį darbą ir nustatant šitos sistemos funkcijas, buvo mesta šviesos ir į klausimą, ar retikuloendotelinė sistema vaidina vaidmenį ir piktybinių navikų patogenezei bei terapijai. Mat, paskutiniais metais yra ypač uoliai tyrinėjamos narvelių ir audinių reakcijos, pasireiškiančios esant organizme piktybiniam navikui. Šitie tyrinėjimai siekia gauti tikslų morfologinį vaizdą tų pakitimų, kurie lydi piktybinio naviko atsiradimą, išsiplėtimą ir regresą. Tuo keliu einant ir tikimasi išaiškinti, kaip pats organizmas mėgina kovoti su piktybiniais navikais, tikimasi atrasti priemonių šitai kovai skatinti ir stiprinti.

Tam tikslui buvo naudojami pirmiausia mėginimai su piktybinių navikų transplantacija eksperimentiniams gyvuliams. De Fano buvo vienas iš pirmųjų, kuris aprašė rūšis narvelių, dalyvaujančių reakcijoje į piktybinių navikų transplantaciją. Pasak šito autoriaus, pirmieji narveliai, kurie atsiranda transplantacijos lauke, esą polimorfiniai leukocitai. Tačiau šitas reiškinys trunkąs neilgą laiką: leukocitai čia veikiai išnykstą ir juos pakeičią lymfocitinio ir histiocitinio pobūdžio narveliai, kurie išbūną čia jau ilgesnį laiką. Jau šitas autorius pastebėjo, kad tuo atveju histiocitai skverbiąsi į transplantato vietą kartu su

*) Įžanginė paskaita, skaityta V. D. Universitete 1938. X. 21 d.

kraujo indais, įaugančiais į patį naviką ir patikrinančiais jam jo mitybą. Šita angioblastinė reakcija atrodė naudinga navikui ir, be to, kliudė nustatyti vaidmenį tų narvelių elementų, kurių veikimas pradėdavo reikštis drauge su ja. Štai kodėl dar neseniai Aničkov, pasirėmęs tokiais stebėjimais, pareiškė mintį, kad retikuloendotelinės sistemos narvelių vaidmuo navikų patogenezėje nėsąs įrodytas.

Tačiau naudojant patogesnius tyrinėjimui objektus, patobulinus pačią eksperimentų techniką ir pritaikius vitalinio dažymo metodę, buvo gauta tikslesnių rezultatų ir prieita kita išvada. Iš Neumann'o, Sinai ir kitų eksperimentų paaiškėjo, kad, esant net pakankamam įaugusių į naviką indų tinklui, transplantatas galįs žūti, kai aplink jį vyksta histiocitų mobilizacija ir jungiamojo audinio hiperplazija. Šitie autoriai kreipia dėmesį į tai, kad tokia histiocitinė mobilizacinė reakcija yra smarkiai pasireiškusi ypač tais atvejais, kada transplantatas neprigydavo, blogai vystėsi ir augo. Šitokią mezenchimos reakciją, vykstančią aplink transplantatą, rūpestingai tyrinėjo Tatarinov ir Dymsič, o kad tokie transplantatai visada rezorbuotųsi, jie skiepijo eksperimentiniam gyvuliui tik mažus naviko audinių kiekius. Ir šitie autoriai patvirtino tuo atveju leukocitų susitelkimą, kuris buvo stebėtas po vienos paros laiko, o jau kitomis dienomis mažėjo, ir tyrinėjimo lauke buvo matyti nuolat didėjąs histiocitinių elementų kiekis. Dar po kelių dienų tarp išsisklaidžiusių histiocitų atsirasdavo fibroblastų, ir pačiame transplantate pasireikšdavo degeneracijos ir nekrozės reiškiniai, pasibaigią transplantato žlugimu. Šitie tyrinėjimai parodė, kad ypač transplantuoto naviko regresijos stadija yra lydima smarkios histiocitinės ir fibrocitinės reakcijos.

Yra gerai žinoma, kad vadinamieji heterogeniniai navikai, transplantuoti į kitos rūšies gyvulio paodinę ląsteną, vystosi čia tik per 6—8 dienas, o vėliau žūsta (Ehrlich, Russel ir kt.). Tat galima tuo aiškinti, kad retikuloendotelinė sistema reaguoja tik pamažu, ir pražūtinga navikui histiocitiškai fibroblastinė reakcija išsivysto tik kelioms dienoms praėjus. Įdomu, kad tuo pačiu metu ir kituose vidaus organuose, kur yra retikuloendotelinių elementų, įvyksta reaktyvinių pakitimų. Kepenyse tuo atveju Calo stebėjo Kupfer'o narvelių hiperplaziją ir histiocitiškai fibrocitinių lizdų atsiradimą aplink kraujo indus, o blužnyje buvo konstatuota folikulių ir reticulum'o hiperplazija. Vadinasi, po naviko transplantacijos visa retikuloendotelinė sistema susidirgina ir gyvai dalyvauja reakcijoje į naviko augimą. Visai kitaip būna, jei heterogeninis navikas transplantuojamas ten, kur nėra retikuloendotelinių elementų, pvz., nervų audinyje, kaip antai, jūros kiaulytės sme-

genyse, tokie navikai gerai prigyja ir auga ištisus mėnesius, neatsirandant bet kuriam regioniniam uždegimui aplink patį naviką. Bet pakanka, kad tuo atveju navikas susisiektų su smegenų skilveliu ir pasireikštų mezenchiminė reakcija, kaip tuojau prasideda naviko griuvimas; smegenų skilvelių ependima, pasižymėdama didele reagavimo jėga, vykdo greitą transplantuoto naviko rezorbciją. Iš visų šitų tyrinėjimų matyti, kad sėkminga organizmo reakcija į naviko transplantaciją yra celiulinio pobūdžio: vaidmuo gynėjų nuo piktybinių navikų priklauso retikuloendotelinės sistemos elementams.

Turint tat galvoje atrodo visai galima, kad naviko išsiplėtimas organizme pareina nuo funkcinės mezenchiminės sistemos būklės. Juo daugiau šitos sistemos funkcija yra slegiama, juo palankesnės sąlygos susidaro navikui augti. Tat galima įrodyti vadinamąja retikuloendotelinės sistemos blokada, kuri ir turi tikslą paralyžiuoti šitos sistemos funkciją. Kada šitos sistemos narveliai, prikrauti blokados metu didesnio injekuojamų medžiagų kiekio, pasidaro inertingi ir negali atlikti savo fagocitinių funkcijų, tada naviko transplantacija daug geriau pasiseka. Ne tik heterogeniniai, bet ir šiaip navikai, kurių virulentingumas yra susilpnintas tos bei kitos medžiagos, pvz., chloroformo, ir kurie todėl neprigyja kontroliniams gyvuliams, gerai auga tušo, tripan-blau'o ar kurios kitos medžiagos blokuotuose gyvuliuose (Erdmann, Meyer, Büngeler, Bruda ir kt.). Toks pats rezultatas gaunamas ir pakenkus retikuloendotelinę sistemą rentgeno spindulių didelių dozių švitinimu. Krebs parodė, kad tokiais atvejais pelės navikai pasiseka perkelti žiurkei ir taip toliau.

Todėl manytina, kad piktybinis navikas negali atsirasti organizme, kurio retikuloendotelinė sistema yra normalioje būklėje ir rodo pakankamą atsparumą. Tik prisiminkime, kad vėžys išsivysto paprastai vėlesniame amžiuje, kada mezenchimos gyvybinės jėgos yra pakirstos, Tuo metu jungiamajame audinyje įvyksta mezenchiminio audinio nusilpnėjimui būdingų pakitimų: histiocitų aktyvumas mažėja, elastingos skaidulės storėja, visas audinys stinga narvelių ir nustoja ypatumo atsakinėti į dirginimus smarkesne reakcija negalėdamas gerai priešintis epitelio augimui. Vadinasi, senatvės atveju retikuloendotelinė sistema, o ypač jungiamasis audinys pereina į tikrą anergijos būklę, ir tik del to navikas randa tokiame nusilpusiame organizme patogią dirvą plėstis.

Yra nepaprastai įdomu, kad, veikiant kancerogeninei medžiagai, ir eksperimentiniame gyvulyje įvyksta visai analogiškų pakitimų (Theilhaber, Larionov ir Jasvoin,

Zenginidze ir kt.). Gerai žinoma, kad dar 1915 metais mokslininkams Jamagiva'i ir Itchikava'i pasisekė pirmą kartą sužadinti eksperimentinis vėžys, tepant ilgesnį laiką gyvulio odą derva. Tolesni eksperimentai tąja kryptimi parodė, kad kai kurie sinteziniai junginiai, ypač vadinamieji antraceno derivatai, taip pat gali būti tokia kancerogeninė medžiaga. Pasirodo, kad vietinis gyvulio odos tepimas tokiomis medžiagomis duoda ir visame organizme bendrą morfologiniu atžvilgiu senatvę primenančių pakitimų. Kaip nurodo Larionov ir Jasvoin, tuo atveju ypač nukenčia eksperimentinio gyvulio paodinė ląstena: leukocitų ir histiocitų skaičius mažėja, fibrocituose atsiranda vakuolių, elastingos skaidulės pasidaro storesnės ir visame audinyje galima rasti degeneracijos pažymių. Šitie jungiamojo audinio pakitimai atsispindi ir eksperimentinio gyvulio kraujyje: jo serumas palyginti su kontroliniais gyvuliais nustoja ypatumo tirpdyti naviko narvelius, o įleisti į kraują dažai lėčiau išnyksta iš kraujo, nes nusilpusi retikuloendotelinė sistema juos blogiau suima. Šitie stebėjimai parodė, kad kancerogeninės medžiagos nuslegia jungiamojo audinio funkciją ir kad tik dėka tokiam nuslėgimui nuo chroniško dirginimo atsiranda piktybinis navikas.

Todėl atrodo visai galima, kad atskirų organizmo vietų epitelis, veikiamas tokio chroniško dirginimo, įgauna didelį aktyvumą ir veikiai pereina į parazitinę būklę. Esant smarkesnei retikuloendotelinės sistemos reakcijai, šitas epitelis žūva anksčiau, negu išsivysto ryškus kliniškai diagnozuojamas navikas. Reikia manyti, kad, ir nugalėjus retikuloendotelinės sistemos pasipriešinimą ir pradėjus augti, vis vien ne visi jo narveliai, nešami kraujo ir lymfos srovės, virsta metastazėmis. Jaffé nurodo tai, kad esant krūties vėžiui daugelyje artimiausių pažasties lymfinių liaukų pastebima apsigynimo reakcija — ryški narvelių proliferacija. Šitas reiškinys būna ir tuo atveju, kada pirminis navikas yra dar visai mažas ir nerodo degeneracijos ar nekrozės pažymių. Šito autoriaus stebėjimais vėžio metastazės paprastai nerandamos ten, kur liaukose eina intensyvus endotelio augimas ir deskvamacija, o liaukose, kurių endotelis silpnai reaguoja, jų pasitaiko nemaža. Tokie stebėjimai verčia manyti, kad liaukų ir šiaip organų dispozicija metastazėms yra susijusi su jų mezenchiminių elementų funkcine būkle. Antai, Kavecki parodė, kad, įleidus naviko narvelių į kraują blokuotiems gyvuliams, t. y. gyvuliams, kurių retikuloendotelinė sistema yra laikinai paralyžiuota, metastazės išsivysto daugelyje organų, pasiekia žymų augimo laipsnį ir dideliais kiekiais perauga kepenis ir inks-

tus. Visiškai kitas vaizdas gaunamas kontroliniams gyvuliams, kur tuo atveju metastazių būna nedaug ir jos yra žymiai mažesnės. Bet visiškai maža atsiranda metastazių gyvuliams, kurių retikuloendotelinė sistema esti dirginama ir stimuliuojama kai kurių terapinio pobūdžio preparatų mažomis dozėmis.

Jeigu šitos sistemos būklė turi tokios didelės reikšmės navikų likimui, tai yra aišku, kad racionali piktybinių navikų terapija ir turėtų siekti pakelti šitos sistemos pajėgumą ir atstatyti jos prislėgtą funkciją. Tąja kryptimi ir veikia piktybinių navikų terapijoje sėkmingai vartojami rentgeno spinduliai. Šita viena iš galingiausių priemonių kovoje prieš navikus iš tikrųjų sužadina pakitimų aktyvioje mezenchimoje. Po klasiškų tiek kliniškų, tiek eksperimentinių Opitz'o, Kok'o ir Vorlaendr'o mėginimų šita pažiūra įsigijo ne tik daug šalininkų, bet šiandien ji yra beveik visų pripažinta ir priimta. Šitie autoriai parodė, kad rentgeno spinduliai nedaro tiesioginės įtakos pačiam naviko audiniui: švitinant piktybinį naviką net dozėmis, kurios daug kartų praneša terapijoje vartojamas dozes, naviko narveliai vis vien nežūva ir išlaiko savo ypatumus, duodami teigiamą transplantaciją perkeliant kitiems gyvuliams. Rentgeno spindulių veikimas yrą bendresnio pobūdžio ir pareina ne nuo naviko narvelių naikinimo, bet nuo retikuloendotelinės sistemos dirginimo. Štai kodėl mažos rentgeno spindulių dozės yra efektingesnės ir šitas efektas juo geresnis, juo didesnis kūno paviršius yra švitinamas. Bet geriausias rezultatas gaunamas švitinant visą kūno paviršių; o jei ir švitinama tik viena kūno pusė, tai efektas nepareina nuo to, kuri pusė, ar ta, kur yra navikas, ar kita, yra švitinama. Kas tuo atveju vyksta arti naviko, matoma iš Forlaender'o eksperimentų, kuris, švitindamas tuo būdu eksperimentinių gyvulių navikus kartu su aplinkiniais audiniais, stebėjo ne tik histiocitų ir fibrocitų pagausėjimą, bet kiek vėliau ir jungiamojo audinio ruožų įaugimą iš tos srities į patį naviko audinį.

Rentgeno spindulių veikimo būdas švitinant piktybinius navikus aiškėja ir iš kitų stebėjimų. Švitindamas vėžiu sergančius ligonius mažesnėmis dozėmis, Zacherl atrado, kad ligonių serumo ypatumas, nusilpęs tirpdyti naviko narvelius, vėl atsitaiso. Žadindamas tokiems ligoniams kantaridino pleisteriu eksudato pasidarymą ir skaičiuodamas jo lymfohistiocitinių elementų (ypač monocitų) kiekį, tas pats autorius stebėjo tokių narvelių pagausėjimą eksudate po švitinimo mažomis rentgeno spindulių dozėmis. Šitas eksperimentas taip pat kalba už tai, kad rentgeno spinduliai sužadina organizme histiocitinių elementų daugėjimą.

Tačiau ne tik rentgeno spinduliai, bet ir įvairūs vėžiui gydyti siūlomi preparatai turi tikslą paveikti retikuloendotelinę sistemą.

Šitokių preparatų apžvalga parodo, kad dauguma iš jų yra audinių ekstraktai ir kad jiems pagaminti paprastai imami organai, kurie yra ypač turtingi aktyvinės mezenchimos elementais. Dažniausiai tam tikslui naudojama blužnis. Dar 1907 metais Borrel, o vėliau ir Braunstein atrado, kad įvedant eksperimentiniams gyvuliams prieš naviko transplantavimą blužnies audinio, galima sumažinti teigiamų transplantatų procentas. Neseniai padaryti Chaleckaja's mėginimai parodė, kad įvedant pačios blužnies audinio ne prieš, bet kartu su transplantacija, toks efektas dar labiau padidėja. Braunstein'o tyrinėjimais, geriausią efektą duoda vadinama „imunizuotoji" blužnis, t. y. blužnis, paimta nuo naviku sergančio gyvulio, kuriam kartotinai buvo įvedama naviko audinių. Tačiau reikia pažymėti, kad tokios blužnies veikimo jėga pasireiškia tik iki tam tikro laipsnio ir yra tikrai aprėžta. Tinozi tiesiog nurodo, kad blužnis, transplantuota vėžiu sergančioms pelėms, stabdo naviko augimą tik tuo atveju, kai navikas nespėjo pasiekti žymesnio dydžio.

Tuo būdu, esant eksperimentiniam pagrindui vartoti ir blužnį kaip terapinę priemonę, iš tokio organo audinių ir buvo pagaminta preparatų ir žmogaus vėžiui gydyti. Braunstein pasiūlė tam tikslui ypatingu būdu paruoštą blužnies eksktraktą „splendothelan'ą", Recke — kitu skirtingu būdu gautą ekstraktą „splenotrat'ą" ir taip toliau. Prieš kelerius metus rentgenologų suvažiavime splendothelan'o veikimui buvo pašvęstas didelis Dietrich'o pranešimas, kuris tuo preparatu gaudavęs net sunkiais karcinomos atsitikimais ligonių bendros savijautos pagerėjimą, svorio padidėjimą ir net naviko sumažėjimą. Tačiau, kaip aiškėja iš autoriaus pranešimo, šitie rezultatai buvo pasiekti kombinuojant rentgenoterapiją su splendothelan'u ir šita aplinkybė, žinoma, mažina šito patyrimo vertę. Tame pačiame suvažiavime ir daugelis kitų autorių pranešė savo stebėjimus apie vadinamųjų Ficher'o histiopreparatų veikimą, kuris, gydydamas šituo preparatu, matęs panašų efektą. Šito paskutiniojo autoriaus darbuose svarbiausiu mastu, kuriuo šitas autorius vertino šituos vaistus, buvo ne tiek kliniški gydymo rezultatai, kiek ligonių serumo ypatumų pasikeitimai. Mat, yra žinoma, kad navikui plečiantis vėžiu sergančių ligonių serumas nustoja ypatumo tirpdyti naviko narvelius ir tada šituo atžvilgiu žymiai skiriasi nuo sveikų žmonių serumo. Šitas serumo ypatumų pasikeitimas yra laikomas tokiuo būdingu vėžio susirgimui reiškiniu, jog Freund ir Kaminer net mėgino jį panaudoti šitos ligos diagnozei.

Savo veikimo serumui atžvilgiu bene pirmoji vieta priklauso vadinamajam antiretikuliniam citotoksiniam Bogomolc'o ir Neumann'o preparatui, gaunamam iš kaulų smeginimis ir blužnimi imunizuotų triušių. 85%-čiuose visų šituo preparatu gydytų ligonių serumas įgydavo vėl prarastą ypatumą tirpdyti naviko narvelius ir lygiagrečiai tam ėjo ligonių būklės pagerėjimas. Ypač vienu atžvilkiu tokių preparatų veikimas buvo ryškus: sunkiems vėžiu sergantiems ligoniams išnykdavo skausmai, kurie čia dažniausiai pareiną nuo liaukų metastazių spaudimo nervų šakelėms. Šitas reiškinys buvo lydimas metastazių suminkštėjimo ir buvo pasireiškęs ypač ten, kur stebėjimai buvo daromi ligoniams, turintiems lengvai apčiuopiamas kaklo ar pažandžio liaukas.

Pas mus Lietuvoje daugiausia yra vartojami vokiečių gamybos preparatai, kaip antai, aristotrop (labai brangus) ir blastolyzin. Žvilgsnį žvelgus į šitų preparatų veikimą ir sudėtį, netenka abejoti, kad ir čia turima reikalo su piktybinių navikų dirginamosios terapijos priemonėmis. Už tat kalba ir toji aplinkybė, kad visi šitie preparatai sužadina organizme tam tikrą reakciją, kuri kartais gali būti lydima net karščio ir narvelių irimo reiškinių. Sudėties atžvilgiu aristotrop'as yra ištrauka iš blužnies ir kitų virškinamųjų takų organų, o blastolyzin'as yra preparatas, gaunamas ypatingu būdu iš imunizuotų gyvulių. Šitą pastarąjį preparatą gaminantis fabrikas atvaizduoja jo veikimą specifišku, nes esą jam pagaminti yra reikalinga gryna mikrobo kultūra, kuri galima užtikti tik piktybiniame navike ir kuri būk reikėtų laikyti tokio naviko žadintoju. Tačiau šiandien gerai žinome, kad infekcinė piktybinių navikų teorija neišlaiko kritikos ir todėl apie šito preparato specifiškumą netenka kalbėti. Visi mikrobai, aprašyti kaip navikų žadintojai, pasirodė esą artefaktai arba geriausiu atveju atsitiktinai į naviką patekę mikroorganizmai. Kai kurie navikai, kaip antai Carrel'io arseniko-indolinė sarkoma, gali atsirasti visiško steriliškumo sąlygose ir tat taip pat kalba prieš infekcinę navikų kilmės teoriją.

Tačiau kalbamas blastolyzinas iš paminėtų preparatų yra, gal būt, vertas daugiausia dėmesio. Dar šių metų pavasarį Kauno Medicinos Draugijos posėdyje doc. Kuzma demonstravo keletą vėžiu sunkiai sergančių ligonių, kur blastolyzin'o švirkštimai davė metastazinių liaukų suminkštėjimą ir net išnykimą ir tuo būdu pailgino ligoniams gyvenimą.

Visi šitie išvedžiojimai neturi nė mažiausio tikslo pakirsti mūsų pasitikėjimą chirurgija. Chirurgo peilis lieka galingiausioji priemonė kovoje su piktybiniais navikais. Bet yra, pvz., vėžio atsitikimų, kur chirurgo peilis vien del anatominių priežasčių negali pasiekti naviko, arba kur šiaip jau toli nužengu-

sioje stadijoje yra daug metastazių bei būna nepataisomų recidyvų. Tokie inoperabiliniai atsitikimai ir yra svarbiausia dirginamosios terapijos pritaikymo sritis. Deja, neturime pamiršti, kad tokios terapijos vertė yra aprėžta ir visos dedamos jai viltys neišsipildė: ir geriausiu atveju šita terapija nesustabdo naviko augimo, bet tik kliudo naviko generalizacijos procesui, o ir tai jau yra tam tikra pažanga piktybinių navikų gydymo srityje.

LITERATŪRA.

1. Аничков: Учение о ретикулоендот. теме. 1—320 Москва 1930.
2. Богомолец и Нейман: „Вестн. Микробиол. и эпидемиол." т. 6. b. 1, 1929.
3. Braunstein: „Zeitschr. f. Krebsf." 32, 119—125, 1930 und 34, 230—233, 1931.
4. Bruda: „Klin. Woch." 7, 27, 1928.
5. Büngeler: „Frankf. Zeitschr. f. Path.", 43, 1932.
6. Calo: „Zeit. f. Krebsforsch." 37, 151—164, 1932.
7. De Fano: „Z. f. Immunitätsforsch." 5, 1—75 (1910).
8. Dietrich: „Zeitschr. f. Krebsforsch." 42, 251—261, 1935.
9. Erdmann: „Zeit. f. Krebsforsch." 33, 189—218, 1930.
10. Kaweckі: Вопросы онкологии, 157—170, 1929.
11. Kok: „Deutsch. med. Woch." 49, 910—911, 1923.
12. Ларионов и Ясвойн.: Труды сесии Гос. рентгенол.., ради ак. институт. 448—450, Ленинград, 1935.
13. Нейман: „Каз. Мед. Журн." 741—743, 1934.
14. Opitz: „Zeitschr. f. Krebsforsch." 22, 108, 1924.
15. Recke: „Münch. med. Woch." 1706, 1930.
16. Синаи: „Каз. Мед. Журн." 7,743 745, 1934,
17. Татаринови Дымшиц: „Мед. Журн." ВУАН 4, 515—520, 1934.
18. Халецкая: „Архив. биол. наук." 40,101—114. 1935.
19. Vorlaender: „Deutsch. med. Woch." 49, 910, 1923.
20. Zacherl: „Klin. Woch." 7, 289, 1930.

Doc. med. dr. B. Sidaravičius.

Gonorėjos gydymo pažanga*).

(Iš V. D. Un-to Odos ir veneros ligų klinikos. Vedėjas — doc. B. Sidaravičius).

Gonorėja seniai pripažinta bendrine viso organizmo liga. Jau daug pastangų padėta beieškant veiklaus, per kraujo apytaką veikiančio, vaisto gonorėjai gydyti. Eksperimentiniai gyvuliai žmogaus tipo gonorėjai yra atsparūs, del to šitos ligos tyrimo pažanga eina lėtai ir sunkiai.

---

*) Pranešimas, skaitytas L. Dermatovenerologų susirinkime 1939. I. 24 d.

Kliniškas ligos vaizdas pakankamai gerai žinomas, bet gonorėjos gijimas daugiau pareina nuo individinių organizmo savybių, negu nuo iki šiol žinomų ir vartojamų gydomųjų priemonių. Didelis skaičius priešgonorėjinių preparatų rodo, kad jie visi ne ko verti. Iš paskutinių laikų pastangų rasti interniškai veiklius priešgonokokinius vaistus, reikia paminėti 1925 m. Jausion'o mėginimus su akridin'o (trypaflavin'o) preparatais, 1930 m. Joung'o — su merkurochrom'o junginiais. Nei trypaflavin'as, nei merkurochrom'as lūkesčių nepateisino, nes jie nebuvo specifiški. 1932 m. Mietsch ir Klarer atrado ir chemiškai ištyrė sulfamido-chrysoidin'o chlorohydratą, kuris dabar žinomas rudojo prontosil'io vardu. 1935 m. Domagk ištyrė jį kliniškai ir rado, kad jis esąs veiklus prieš streptokokų infekcijas. Pradėta ieškoti cheminių junginių prieš stafilo-, meningo-, gonokokus. Šiandien Vokietijoje, Francūzijoje, Anglijoje, J. A. V. ir kt. ypač intensyviai ieškoma veiklaus priešgonokokinio cheminio preparato. Daugybė preparatų, chemine struktūra primenančių, protonsil'į yra išmėginta ir tebemėginama. Tais pačiais 1935 m. Tréfouel, Nitti, Bovet paskelbė, kad paraaminophenylsulfamid'as, 1162 F, esąs taip pat veiklus prieš streptokokus, mažiau nuodingas negu prontosil'is ir, kaip vėliau matysime, yra veiklus prieš gonokokus.

Veiklieji priešgonokokiniai preparatai šiandien laikomi:

I. Sulfamidai:

1) p - aminophenylsulfamid'as, 1162 F, pardavime žinomas septoplix, lysococcine, néococcyl vardais.

2) p - aminophenylsulfonyldimetylsulfamid'as, DB 90 - preparatas, pardavime žinomas uliron'o vardu.

II. Di(p - acetylaminophenyl)sulfon'as, 1399F-preparatas, pardavime žinomas rodilone vardu.

III. Sulfoxyd'as: 4 - nitro - 4' aminodiphenylsulfoxyd'as, 62G-preparatas, pardavime dar nėra.

IV. αp - aminophenylsulfamidopyridine, corps 693 - preparatas, pardavime žinomas dagenan'o vardu.

1936 m. Linser, Ehlers mėgino gydyti gonorėją prontosil'iu, bet nesėkmingai.

1937 m. Herrold, Dees ir Colston (J. A. V.), Durel (Francūzijoje) beveik vienu metu paskelbė pasisekimus, gydant gonorėją 1162F-preparatu. Tas preparatas tuojau plačiai pradėtas vartoti Šiaur. Amerikoje ir Francūzijoje. Imamas

per os; dozės 2,0—4,0 pro die per 5—10 dienų. Milian tvirtina, kad mažesnės dozės galinčios veikti gonokokus biotropiškai. Barbellion'o patyrimu mažesnėmis dozėmis rečiau pavykstą išgydyti gonorėja ir gonokokai galį įgauti ypatingą atsparumą. 1162F-preparato veikimas pastebimas po 24—48 val.: uretros sekrecija skystėja, keičia geltonai žalią spalvą į balzganai pilką, gonokokų skaičius greitai mažėja ir visai prapuola, nustoja tekėjęs sekretas. Jeigu per 2—3 dienas gonokokai neprapuola, sekretas nenustoja tekėjęs, tai iš preparato nėra ko daugiau tikėtis, net jei ir bus didinama dozė. Durel, Girard, Palazzoli, Sezary, Barbellion ir kt., vartodami vien 1162F-preparatą, sulaukdavę 50—70% gonorėjos pagijimų. Pridėjus „janet'izaciją" kal. hyperm. 1:4.000, protargol. 1:2.000 per 3—20 dienų, pavykstą pagydyti 70—95% ligonių. Vartojant janet'izaciją pakanką pro die 2,0—3,0 1162F-preparato per os. Tat labai svarbu, nes nuo didesnių 1162F kiekių pasitaiką dažnesnių apnuodijimų, kartais visai rimto pobūdžio. Chroniški gonorėjos atsitikimai greičiau pasiduodą gydomi negu ūminiai. Teigiamai veikia 1162 F-preparatas gonorėjines komplikacijas, k. a.: epididymitus, orchitus, prostatitus, cystitus, artritus. Akių gonorėja, Jean'o patyrimu, pavykstą išgydyti per 4—10 dienų. Gonorėjinės komplikacijos gydymo metu pasitaiko retai. Favre, Lacassagne nuomone, jos galimos tais atvejais, kai 1162F-preparatas apskritai neveikia gonorėjos. 1162F-preparatas gerai ir greitai veikia taip pat moterų gonorėją. Vartojant normalų moters gonorėjos gydymą ir sunaikinus smulkius infekcijos židinius — Skene liaukas, infekuotus ovula Nabothi ir t. t., pasiekiama greitesnių rezultatų. Favre, Gaté, Durel'io patyrimu, 1162F-preparatą gerai toleruoją nėščios ir vaikai. Pasak Durel'io, J. A. V. 1162F-preparato suvartojama po keletą tonų per savaitę. Grütz ir Felke pritaikė gonorėjai gydyti DB90 — uliron'ą. Pasak jų, uliron'o veikimas beveik tolygus 1162F-preparatui. Dozės 3,0 per dieną 5—7 dienas, 7—10 d. pertrauka ir prireikus vėl po 3,0 per 5—7 dienas. Veikia tik senesnę kaip 3 savaičių gonorėją. Grütz sulaukęs 66% vyrų gonorėjos pagijimo. Apie šito preparato veiklumą daug rašoma vokiečių specialioje literatūroje, ir pasiekti rezultatai toli gražu netaip vienodi, kaip apie 1162F-preparato veikimą. Labai daug priešingų patyrimų, pvz.:

1) Löhe randa, kad uliron'as geriau esąs toleruojamas ir apie 2 kartu esąs veiklesnis negu 1162F-preparatas.

2) Schmidt („D. Woch." 1937, 51 nr.): uliron'as gerai veikiąs epididymitus, adneksitus, menkiau — gonorėjinius artritus.

3) Scherber („W. m. W." 1937, 49 nr.): uliron'as pui-

kiai veikiąs moterų gonorėją, gerai veikiąs artritus, esąs nepavojingas vartoti.

4) Dietel („D. m. W.“ 1937, 52 nr.): uliron'u gydyta gonorėja, apie 19 dieną nustojus gydyti, recidyvuojanti.

5) Schreuss („M. Welt“ 1938, 11 nr.): uliron'as dažnai gonorėjos neišgydąs, sutrukdąs gijimą — atsirandą labai atsparių gonokokų. Galįs duoti neuritų.

6) Hruszek („D. W.“ 1938, 2 nr.): gydant uliron'u jokių rezultatų negauta.

Mūsų klinikos patyrimas su uliron'u yra geras. Firmos „Bayer“ atstovas Rygoje rado progos atsiųsti bandymui uliron'o ir mes galėjome išmėginti jį 23 ligoniams, sergantiems gonorėja. Iš jų buvo 22 vyrų gonorrhoea chron. ir 1 moteris su chron. uretritu ir cervicitu. 3-jų negalėjome patikrinti, nes jie, gavę 1 dėžutę (10,0) uliron'o, daugiau nebepasirodė. Uliron'o kursas buvo 3 kartus per dieną po 2 tabl. à 0,5 pavalgius, iš viso 20 tablečių. 13 ligonių po 1 uliron'o kurso per 4—10 d. gonorėja pagijo. Jie buvo janet'izuojami 1 kartą per dieną su kal. hypermang. ir 2 kartu per dieną švirkšdavosi patys su Tarnovski'o švirkštu į pars anterior urethrae argentum'o preparato. Po chemiškos ir mechaniškos provokacijos ligoniai sekti per 3 savaites kliniškai ir bakteriologiškai. Recidyvų nepastebėta. 2 ligoniams po 1 uliron'o kurso gonokokų dar buvo randama, bet jie per mėnesį laiko pagijo nuo paprasto gydymo. 2 ligoniai pagijo po 2 uliron'o kursų. 1 ligonis pagijo tur būt po 2 uliron'o kursų, nors jis savo iniciatyva paėmė dar 4 kursus ir tik po to atėjo pasitikrinti. 1 ligonis pasirodė atsparus uliron'ui: po 3 uliron'o kursų 10 dieną susilaukė recidyvo. Gydomas janet'izacijomis ir priėmęs dar 3 uliron'o kursus, vėl susilaukė 9 dieną recidyvų. Toliau jam pridėta gonovakcinos Berna 10 injekcijų, po kurių duotas dar 1 uliron'o kursas. Tada gonokokų daugiau nebepasirodė. Ligonis gydytas nuo 1938 m. VI. 15 d. iki 1938. X. 5 d. 1 moteris, sirgusi chron. uretritu ir cervicitu, pagijo po 2 uliron'o kursų, nevartodama jokio kito gydymo. Gydant uliron'u nusiskundė 2 vyrai ir 1 moteris piktinimu, galvos svaigimu ir silpnumu. Baigus uliron'o kursą išvardytieji negalavimai praėjo.

Del preparato stokos, jo brangumo, be to, negalėdami gonorėja sergančiųjų gydyti stacionariškai, negalime patiekti gausesnės ir visiškai ištirtos medžiagos. Del to savo išvadose remiuosi statistikomis autorių, dirbančių geresnėse sąlygose.

Heitz - Boyer, išmėginęs kliniškai 1399F-preparatą, rodilone, rodo, kad jis esąs mažiau nuodingas ir veiklesnis už 1162F- ir DB90-preparatus. Dozės: 2,0—1,0 pirmąsias dvi dienas ir po 0,5 kitomis dienomis. Heitz-Boyer patyrimą patvirtina Verne, Palazzoli, Baugoin. Per 20

dienų jis pagydąs 63% sergančiųjų gonorėja, o pridėjus janet'izaciją — net 84%. Šitas preparatas veikiąs ir ūminę gonorėją, bet chroniškąją geriau. Minėti autoriai chron. gonorėjos atsitikimais, vartodami kartu janet'izaciją, pagydę 98%. Rodilone paveikiąs septoplix'ui ir uliron'ui atsparią gonorėją. Rodilone atrodytų idealus preparatas gonorėjai gydyti. Jo minusas — kad jis nepakankamai ištirtas kliniškai. Gal būt toliau tiriant jo veikimą, kaip ir uliron'ui, atsiras ir preparato minusų.

Levaditi, Vaisman, Girard rado būdą tirti naujai atrastų preparatų veikimą gonokokams. Injekavus baltosioms peliukėms intra peritoneum gonokokų kultūros mucino suspenzijoje, per 24—48 val. žūsta 95% pelyčių. Autoriai išmėgino daugiau kaip 60 preparatų, kurių tarpe 1162F-, DB90-, 1399F- ir 62G-preparatus. Veikliausias prieš gonokokus pasirodęs 62G-preparatas, kurio minimalios dozės — 1—$^1/_{10}$ mlg. išlaiką gonokokais apkrėstas pelytes gyvas. Milian, duodamas žmonėms po 0,06 pro die, iš 20 gon. uretritų sulaukęs pagijimą 10-čiai (du per 3 d., 3 per 8 d., 1 per 9 d., 1 per 12 d., 1 per 75 d. ir 1 per 150 dienų). Fernet iš 8 cervicitis gon. atsitikimų, gydytų vien 62G, sulaukęs 3-ms pagijimą, 3 abejotinus rezultatus ir 2 nepasisekimus. Pinard-Chiche, Levy iš 15 gonorėjos atsitikimų sulaukęs tik 2 pagijimus. Šitie, kad ir negausingi patyrimai, sako, kad 62G- preparatas, labai veiklus eksperimentuose, klinikoje pasirodęs menkesnės vertės negu kiti sulfamidai.

1938 m. Erskine ir Johnson (Anglijoje), Durel (Francūzijoje) paskelbė sėkmingą gonorėjos gydymą α(aminophenylsulfamid'o) pyridine, corps 693-preparatu. Palazzoli ir Levinson gydė šituo preparatu daugiau kaip 100 ligonių vien tik duodami vaistus per os. Patikrinta 80 ligonių, iš kurių 72 pagiję per 4—12 dienų. 6 ligonių šitas preparatas visai nepaveikęs, o 2 ligoniams 14-tą dieną po gydymo kurso gonorėja recidyvavusi. — Dozavimai: 1 dieną 3,0 (kas 2 val. po 0,5), 2-rą dieną 2,0 (kas 3 val. po 0,5), 3-čią ir kitas dienas 1,0 (rytą ir vakare po 0,5). Totalinės dozės 6,0—30,0. Iš 72 pagijusių 25 nepasidavė 1162F- ir 1399F-preparatų veikimui. Tie patys autoriai gydė corps 693-preparatu ir janet'izacija 30 ligonių. Corps 693-preparatą duodavę tik 3 dienas, iš viso 6,0 ir sulaukę 26 pagijimų. Iš pirmutinės serijos 80 ligonių 15% skundęsi galvos skausmais, astenija, piktinimu ir du ligoniai pirmą gydymo dieną vėmę. Skirtumo tarp veikimo ūminei ir chroninei gonorėjai autoriai nepastebėję. Tat svarbu, nes kiti sulfamidai veikia gerai tik chroniškus susirgimus. Corps 693-preparatą gamina firma „Specia" (Paryžiuje) ir vadina dagenan'u. Jo ateitis priklausys nuo tolimesnių patyrimų.

Levaditi, Vaisman'o manymu sulfamidai veikią

kaip ir salvarsanas ne tiesiog, o aktyvuodami organizmą prieš strepto-, meningo-, gonokokus ir t. t. Veikimo mechanizmas yra tiriamas in vitro ir in vivo. Bougoin įrodinėja, kad sulfamidai veikią mikrobus taip, kad juos lengvai ir greitai paskui absorbuoja leukocitai. In vitro preparatų veikimas prasidedąs po 4—10 val. Felke įrodė, kad sulfamidų veikimas in vitro atitinkąs jų veikimą in vivo. Levaditi, Vaisman'o teorija šiandien randa daugiausia šalininkų. Levaditi įrodinėja, kad sulfamidai veikią ir mikrobų endotoksinus.

Marschal, Emerson, Cutting rado, kad priimti per os sulfamidai greit patenką į kraujo apytaką ir liquor'ą. Apie 80% preparato per 24 val. išsiskirią su šlapimais, bet jos pėdsakai randami kraujyje keletą dienų nustojus priiminėti. Kartotinis sulfamidų priėmimas per os greit pakelia jų kiekį kraujyje. Bougoin'o tyrimai parodė, kad 1162F-preparatas eliminuojąsis per 3—10 val. o 1399F-preparatas — po 6—12 valandų priėmus. Del to labai svarbu, kad preparatas būtų priimamas kas 3—4 val., nes, jo daugumai išsiskyrus iš organizmo, sumenkės ar visai sustos jo veikimas.

Sulfamidų ir jiems giminingų preparatų nuodingumas žmogui yra gana žymus. Dauguma ligonių gali priimti be jokios žalos daug didesnius sulfamidų kiekius, negu reikalinga normaliam gijimui. Yra paskelbta atsitikimų, kur ir milžiniški sulfamidų kiekiai žalos nepadarę. Gaté stebėjo asmenį, priiminėjusį kasdien per 20 dienų po 5,0—6,0 1162F-preparato. Blum, Braler ištyrė 20 mt. kareivį, kuris savo iniciatyva per 102 dienas priėmęs daugiau kaip 200,0 1162F-preparato, išsigydęs gonorėją ir jo organizmas nenukentėjęs. Fuhs, Volavsek esą įdavę 120,0 uliron'o be jokios žalos organizmui.

Tačiau yra asmenų, autorių pranešimais 5—35%, kurie lengviau ar sunkiau reaguoją ir į menkus sulfamidų kiekius. Dažniausiai nusiskundžiama galvos skausmais, silpnumu, virškinimo sutrikimais, mažakraujingumu, odos išbėrimais. Volavsek prof. Fuhs'o klinikoje turėjo progos stebėti 675 gonorėjikus, gydytus uliron'u, ir aprašė pasitaikiusius odos bėrimus. Jie buvo stebėti 23 asmenims, t. y. 3,4%. Išbėrimai daugiausia urtikarijos pobūdžio, rečiau morbilli, skarlatinos ir purpura išvaizdos. Išbėrimai nė vieną kartą neįgavo rimto pobūdžio, atsirasdavo 4—36 d., o dažniausiai 9—10 d. nuo pradžios gydymo uliron'u. Autorius tiki, kad išbėrimai esą sensibilizacijos į uliron'ą padarinys. — Jaubert ir Moto tvirtina, kad sulfamidai pakenkią spermatogenezę, sumažėjąs spermatozoidų kiekis ejakulate. Felke šito negalėjęs patvirtinti. Milian nurodo, kad vyrų gono-

rėjos metu susergąs visas spermą gaminąs aparatas. Dar nėra išaiškintas gonokokų veikimas spermatogenezei ir del to sulfamidų veikimas atsidėjus tyrinėtinas.

Jean ir kiti yra stebėję odos ir gleivinių cyanozę nuo ilgesnio vartojimo didesnėmis dozėmis 1162F- ir 1399F-preparatų. Tiriant kraują spektroskopu randama met- ir sulfhemoglobinemija. Cyanozės atsiradimo mechanizmas aiškinamas įvairiai. Methemoglobinemijos prognozė esanti gera; nustojus duoti vaistus, per 24 val. cyanozė praeinanti. Sulfhemoglobinemija esanti pavojinga mažakraujams ir pasitaisanti nuo deguonies ir kraujo perpylimų. Tiriant kraują citologiškai yra stebėta nuo sulfamidų eozinofilija, hyperleukocitozė, kartais labai sumažėjąs eritrocitų skaičius, o dažniausiai jokių pakitimų kraujo sąstate nerandama. Yra paskelbta agranulocitozės atsitikimų nuo sulfamidų. Tat yra reta, bet labai sunki komplikacija, dažnai mirtina. Norint išvengti agranulocitozės, pasak Jean'o, sistemingai tikrinama ligonio kraujo būklė, o būtinai 8—10-tą dieną nuo gydymo pradžios.

Sunkiausios savo pasėkomis komplikacijos, jų daugiausia paskelbta nuo uliron'o, yra myalgijos ir neuritai. Lemke pastebėjo, kad myalgijos, atsiradusios nuo uliron'o, pereina vėliau į neuritus, nesustabdžius uliron'o teikimo. Uliron'o neuritai liečia distalines galūnes, n. n. peroneus, ulnaris, tibialis, medianus. Uliron'o paralyžiai labai ilgai nepraeina. (Döllken). Löhe yra stebėjęs šias sunkias neuritų formas nuo uliron'o: 1) Rankų ir kojų paralyžių nuo 60,0 uliron'o; 2) apatinių galūnių paralyžių nuo 30,0 uliron'o; 3) kojų paralyžių nuo 27,0 uliron'o; 4) neuritą peroneus'o srities.

Išvardytieji neuritai ir paralyžiai praėjo, bet labai iš lėto. Nuo kitų preparatų rimtesnių neuritų ir paralyžių nesti. Aš aptikau tik Jean'o disertacijoje n. opticus uždegimą 16 mt. merginai, kuriai jis davęs 1162F-preparato, nebodamas pasireiškusių galvos skausmų, diarėjos, cyanozės. N. opticus uždegimas, nustojus duoti 1162F-preparatą, tuojau praėjęs. Pautrier tiki, kad uliron'o neuritus turėtų taisyti B_1-vitaminas.

Mirties atsitikimai nuo uliron'o rodo, kad su šituo preparatu reikia elgtis atsargiai. Mirties atsitikimus yra paskelbęs Euler, Mergelsberg ir Grümer. Euler'io atsitikimu po 36,0 uliron'o (8 dienas 4 kartus po 1,0, 3 d. pertrauka, 4 dienas 4×1,0) moteris susirgusi dermatitis bullosa acuta ir žuvusi nuo sepsis'o reiškinių. Mergelsberg ir Grümer stebėjo kareivį, kurį nuo uliron'o išbėrę petechijomis, atsiradęs icterus ir ligonis žuvęs nuo hematūrijos.

Uliron'o ir kitų sulfamidų pakenkimų registracija duoda nurodymų apytikriai numatyti ir perspėti galimas nelaimes.

Löhe, Schreus, Döllken tvirtina, kad uliron'o nepakenčią alergikai. Tat patvirtiną recidyvinės ekzantemos nuo kartotinio uliron'o vartojimo. Döllken neginčija ir grynai toksiško sulfamidų veikimo. Euler'io įregistruotas mirties atsitikimas nuodijamąjį uliron'o veikimą patvirtina. Döllken stebėjo 370 ligonių, gydytų uliron'u, ir nustatė, kad apsinuodijimai dažnesni nuo didesnių kartinių dozių ir didesnių bendrų uliron'o kiekių. Moterys apskritai sunkiau pakelia uliron'ą negu vyrai. Moterims skirtinos mažesnės uliron'o dozės. Jean'o patyrimu rimtesni apsinuodijimai pasitaiką asmenims, gydomiems ambulatoriškai ir tik nuo dozių daugiau kaip 4,0 pro die 1162F- ir 1399F-preparatų; pastarasis Jean'o patyrimu esąs mažiau nuodingas. Tas pats Jean pastebėjo, kad sulfamidus aktyvuoją saulės spinduliai, del to patartina jų vengti. Jei netoleruojamas vienas iš preparatų, tai dažnai kitas galima priiminėti be jokių sunkumų. Kartu su sulfamidu negalima duoti kitų sieros preparatų, arseno, aukso, nes dauguma Jean'o, Döllken'o ir kitų autorių stebėtų apsinuodijimų įvykę asmenims, vartojusiems kartu su sulfamidais minėtus preparatus. Döllken'o patyrimu sunkiai toleruoją uliron'ą vaikai: iš 8 ligonių uliron'o netoleravę 4. Felke vaikus gydo tik stacionariškai; jaunesniems kaip 2 mt. duodąs ¼ suaugusių dozės, vyresniems kaip 2 mt. — ½ dozės; kartu duodąs folikulių preparatų. Pirmiems intolerancijos pažymiams pasireiškus (išbėrimai, inkstų negalavimai) uliron'o tiekimą sustabdo. Francūzų autoriai pataria atsidėjus sekti ligonį, duoti ne daugiau kaip 1 tabl. à 0,5 kas 1 val.; jei esanti intolerancija, ji greit pasirodanti. Toleranciją uliron'ui Vonkennel didina vynuoginio cukraus injekcijomis, Generich — C-vitaminu, dextropurin'u, diuretica'is ir diaphoretica'is. Šitie patyrimai turėtini galvoje, skiriant ligoniams uliron'ą ar kitus sulfamidus.

Gonokokai apskritai yra jautrūs sulfamidų preparatams, bet yra rezistentiškų atsitikimų. Felke yra surinkęs daug tokių faktų ir įrodęs, kad gonokokai esą atsparūs uliron'ui in vitro ir in vivo. Yra nevien uliron'ui atsparių gonokokų. Milian, Palazzoli, Vaisman stebėjo rezistencijų nuo 1162F- ir 1399F-preparatų. Rezistencijos atsitikimais patartina ieškoti chroniškų ligų, syfilio, tuberkuliozės, chron. anginos ir t. t. Paveikus pagrindinę ligą, pasitaiko, kad gonorėja išgyja nuo sulfamidų. Jean, Barbellion ir kt. lygina gonorėjos rezistenciją sulfamidams su syfilio rezistencija salvarsanui. Kaip syfilio arsenorezistencijos atsitikimais, taip ir čia reikalinga keisti preparatas, didinti dozės ar griebtis kitų gydymo priemonių.

Išvadose galima pasakyti, kad sulfamidų atradimas ir jų

pritaikymas gonorėjai gydyti yra didelė pažanga. Naujieji preparatai pasirodė veiklesni už iki šiol žinomus priešgonokokinius preparatus. Jie veikia gonokokus vieni, o dar geriau drauge su vietiniu gonorėjos gydymu.

Sulfamidų vartojimas yra tyrimų stadijoje. Nenustatytas dozavimas, gana dažni apsinuodijimai, galimi recidyvai po tariamo pagijimo — yra tos priežastys, kurios kol kas neleidžia vartoti naujuosius preparatus largo manu. Nepaisant galimų komplikacijų venerologai ir okulistai jau neranda galima atsisakyti nuo sulfamidų. Jean patyrimu sulfamidai veikią blenorėją taip pat, kaip priešdifterinis serumas difteriją. Naujagimių blenorėja sulfamidais pagydoma per 5—6 d., o senomis priemonėmis — tik per 18 dienų. Dolfuss tvirtina, kad vartojant sulfamidus suaugusiųjų apakimai nuo gonorėjos paliksią tik išimtys. Sulfamidai žymiai pagreitina ir gonorėjinių uretritų gijimą.

Mūsų ligoninių specialūs skyriai ir privatūs venerologai turėtų daugiau susidomėti naujaisiais preparatais. Šitie preparatai laikytini stipriai veikiančiais vaistais ir išduotini tik pagal gydytojų receptus.

ZUSAMMENFASSUNG.

Einen grossen Fortschritt in der Gonorrhoetherapie stellen die Präparate Septoplix (1162F), Uliron (DB90), Rodilone (1399F), Dagenan (corps 693) und 62G dar. Besonders gute Erfolge sind mit Präparaten Rodilone und Dagenan beobachtet worden. Alle diese Präparate können manchmal gefährliche Nebenwirkungen geben. Die unangenehmsten Nebenerscheinungen von Uliron sind Myalgien und Neuritiden mit Paralysen der Extremitäten. Die Erfolge der Gonorrhoebehandlung mit Uliron an der Universitätsklinik für Haut-u. Geschlechtskrankheiten zu Kaunas sind gute. Ausnahmsweise grosse totale Gaben von Uliron (bei einem Falle 60,0, bei anderem 70,0) haben keine Nebenerscheinungen gegeben. Weitere Beobachtungen sind im Gange.

Literatūra.

1. Betramini: Paraaminophenylsulfamid in der Behandlung der Geschlechtskrankheiten. „Giorn. Ital. d. Dermat. e Sifilologia“ 1938, Bd. 79, N. 2.

2. Bougoin: État actuel de la chimiothérapie antigonococcique chez l'homme. Disertacija, 1938 m. Paris, Amedée Legrand.

3. Döllken: Nebenwirkungen der Ulirons bei der Gonorrhoebehandlung. „D. W.“ 1938, 44 nr.

4. Durel: Wirkung des 1162 bei der Gonorrhoe. „Presse méd.“ 1938. 2 nr.

5. Engelhardt u. Dato: Lähmungserscheinungen bei Tauben nach Beendigung der Diseptalverfütterung durch zusätzliche Muskelarbeit. „D. W.“ 1938, 45 nr.

6. Golay: Chimiothérapie de la Blennorrhagie. „R. med. Suisse Romande“ 1938, 3 nr.

7. Grütz: Neue Grundlegung für die Gonorrhoebehandlung, „M. in W.“ 1937, 31 nr.

8. Hruschek: Gehört die Ulironbehandlung der Gonorrhoe in die Hände des praktischen Arztes? „D. W.“ 1938, 2 nr.

9. Hüllstrung, Krause: Polyneuritis nach sulfonamidhaltigen Verbindungen bei Menschen u. Tauben. „D. m. W.“ 1938, 4 nr.

10. Jean: Contribution a l'étude clinique des composés organo-soufrés. Disertacija, 1938, Paris, Jouve Cie.

11. Korn: Moderne Gonorrhoetherapie der Frau. „Med. Welt.“ 1938, 12 nr.

12. Levaditi, Girard, Vaisman: La toxi-infection gonococcique expérimentale et son traitement chimiotérapique. „Soc. fr. d. D. et Syph.“ 4 Nov. 1937, p. 1887, 1899, 1900, 1850.

13. Loos: Zur Frage der Ulirontherapie der Gonorrhoe. „D. W.“ 1938, 41 nr.

14. Löhe, Scölzke, Zürn: Neue Wege in des Gonorrhoebehandlung. „Med. Klin.“ 1938, 1 nr.

15. Palazzoli, Bovet: Conduite du traitement chimiothérapique de la blenorrhagie à l'aide der composés organiques du soufre. „Paris Médical“. 1938, 12 nr., Mars.

16. Palazzoli, Bonet: Les applications récents de la chimiothérapie dans le traitement de la blennorragie. „An. med.-chirurg.“ 1938, 3 nr. III t.

17. Palazzoli, Levinson: Action de la α p. (amino-phenyl-sulfamide) pyridine (corps 693) sur la gonococcie. „An. mal. vénér.“ 1938, 10 nr.

18. Putkonen: Über die Nebenwirkungen des Ulirons. „Act. Dermato-Venerologica“. 1938, Bd. 19, H. 1.

19. Vernes, Palazzoli, Girard: La chimie aurait-elle partie gagnée contre le gonocoque. „Arch. de l'Institut Prophylactique“. 1938. 3 nr. X t.

Gyd. T. Šiurkus.

Arthrosis deformans klausimu.

Simptomatologija.

Arthrosis deformans dažniausiai paliečia senesnio amžiaus žmones, prasidėdamas labai iš lėto, beveik nepastebimai. Prasidėjusi liga daugiausia palengva progresuoja, retai kada sustoja ilgesniam ar trumpesniam laikui. Pirmieji subjektyvūs arthrosis deformans simptomai yra nedideli skausmai ligos paliestame sąnaryje, ypač spaudžiant, o judinant sąnarį skausmai jaučiami kiek didesni. Labai dažnai būna greitas tos galūnės pavargimas, taip pat sąnario pastirimas; rigidiškumas priklauso prie pirmųjų arthrosis simptomų. Ridigiškumas (Strümpel) daugiausia pasireiškia rytais, arba apskritai, kai sąnarys yra buvęs ilgesnį laiką ramybėje. Vėliau atsiranda laiks nuo laiko visoje galūnėje neuralgiško pobūdžio skausmai, o kartais net parastezijos. Daugiausia arthrosis deformans apsirėžia vienos kurios galūnės viename kuriame sąnaryje, o kartais paliečia iš karto keletą sąnarių. Daugiausia (Kö-

nig, Garrè, Strümpel) nukenčia didieji, k. a., klubo, alkūnės ir peties, sąnariai. Kai kuriais atsitikimais būna paliesti abu kelio sąnariai, bet dažniausiai nukenčia nuo arthrosis deformans klubo sąnarys; net yra duotas specialus terminas — malum coxae senile.

Pasireiškus subjektyviams arthrosis deformans simptomams, greit, kad ir labai iš lėto, pasireiškia ir objektyvūs sergančio sąnario pakitimai. Sąnarys atrodo kiek pastorėjęs, o kartais ir žymiai pastorėjęs; palpuojant sąnarinį paviršių jaučiamas gruoblėtumas, nelygumas del sąnarinės kapsulės sustorėjimo. Judrumo sumažėjimas retai tepasitaiko, daugiau vėlesnėse stadijose. Pasyviai sąnarį judinant jaučiamas ir girdimas traškėjimas ir girgždėjimas (Assmann, König, Bergmann), del nelygių sąnarinių paviršių vienas į kitą trynimosi. Kartais atsitinka, kad patys pacientai girdi ir jaučia sergančio sąnario traškėjimą, girgždėjimą, ypač tais atvejais, kai nėra hydrops'o, t. y. arthrosis sicca atveju. Kada prisirenka sąnaryje serozinio eksudato (Assmann), tuomet minėtas girgždėjimas pranyksta. Eksudato kiekis sąnaryje nuolat svyruoja, čia daugiau jo prisirenka, čia jis rezorbuojasi. Nuo jo kiekio pareina sąnario patinimas. Apskritai, arthrosis deformans yra liga, pasižyminti savo eigos chroniškumu. Kartais trunka keletą metų arba net dešimtmečius. Būna atsitikimų, kai jos eiga sustoja kuriam laikui (Bergmann), bet daugiausia pastoviai iš lėto progresuoja (Strümpel).

Etiologija.

Anot Nathan'o, kai inflamacinis ligos procesas lokalizuojasi sinovinėje sąnarinės kapsulės dalyje, vadinamas arthritis, o kai jau inflamacinis procesas pereina iš sinovinės sąnarinės kapsulės dalies į kaulinę sąnario dalį, tai yra vadinamas osteoarthritis. Kadangi arthrosis deformans neapsirėžia vien sąnarine kapsule ir sąnarinėmis kremzlėmis, bet visuomet, tam tikram laiko tarpui praslinkus, sunaikina ir kaulines sąnario dalis, todėl yra vadinamas (Assmann) osteoarthritis deformans. Apskritai, artritu yra vadinamas bet kurio sąnario uždegiminis procesas. Ribbert sako: „Inflamacinė hiperemija ir eksudacija gali būti tik minkštosiose sąnario dalyse. Kremzlė neturi kraujo indų. Eksudato nedidelis kiekis susirenka minkštosiose sąnario dalyse, bet daugiausia sąnariniame tuštime. Taip pat uždegiminė proliferacija paliečia daugiausia jungiamąjį aparatą. Kremzlė mažai teproliferuoja. Daugiausia eventualiai dalyvauja tų kaulų endostas ir periostas". Kadangi arthrosis deformans atveju sąnaryje nėra jokio uždegiminio proceso, bet pagal Pommer'ą esanti chroniška degeneracija, o pagal Axhausen'ą

— nekrozuojąs sąnarinės kremzlės ir kapsulės kitimas, todėl Strümpel sako, kad pavadinimas arthrosis deformans nėsąs etiologiškas, bet tik anatomiškas.

Pasak Bergmann'o, arthrosis deformans esąs vadinamas istoriškasis Virchow'o ir Volkmann'o arthritis deformans, kuris nėsąs uždegiminio pobūdžio, kaip paprasti artritai, bet del susinaudojimo sąnarinės kremzlės, paskui kaulo, susidaręs sąnario susirgimas, kur del funkcijos sutrikimo gaunami kremzlės ir kaulų reakciniai pakitimai, kurie priveda prie artikuliuojančių sąnarinių paviršių formos pakitimo.

Etiologinės arthrosis deformans priežastys yra skiriamos į vidines ir išorines. Prie pirmųjų priklauso individinė dispozicija (amžius, lytis), vidinė sekrecija; prie antrųjų — sunkiai dirbančių žmonių susinaudojimas, statikos pakitimas (genu valgum) ir trauma.

Aptariant arthrosis deformans etiologinius momentus, liečiančius individinę dispoziciją, yra pastebėta, kad tą ligą turi daugiausia senesnio amžiaus žmonės, todėl monartikulines formas Strümpel vadina arthrosis senilis. Dažniausiai būdingiausios arthrosis deformans formos būna po keturiasdešimt metų (Assmann, König); tačiau pasitaiko ir jaunesniems asmenims — 20—30 metų amžiaus; kartais net jauniems 15—16 metų vaikams pasitaiko matyti gana būdingų arthrosis deformans atsitikimų (Strümpel).

Wollen-Berg tvirtina, kad arthrosis deformans išsivystąs seniems žmonėms del vaskuliarinio aparato pakitimo arteriosklerozės prasme. Bergmann tai nuomonei nepritaria, nes arthrosis deformans pasitaiką matyti (Strümpel) ir visai jauniems individams, kurie visai neturi arteriosklerozės. Assmann aiškina, apskritai, audinių vitaliteto sumažėjimą arthrosis deformans atsitikimais ir mano, kad vidinė sekrecija vaidinanti svarbų vaidmenį, panašiai kaip rachito, osteomalacijos atveju, arba sunaikinus ovarium'us rentgeno spinduliais dažnai išsivystanti osteoarthropathia ovaripriva (Menge). Strümpel tvirtina, kad į arthrosis deformans išsivystymą turįs daug reikšmės pirmykštis centrinės nervų sistemos, ypatingai nugaros smegenų, pakenkimas. Pagal Umber'ą medžiagos apykaitos sutrikimas arthrosis deformans etiologijoje vaidinąs svarbų vaidmenį.

Sąnario statikos pakitimas dirbant kai kuriuos darbus, sportuojant, kai visą laiką viena sąnario pusė labiau yra apkraunama negu antroji, turįs daug reikšmės arthrosis deformans atsiradimui (Borhard). Böhler yra aprašęs vieną atsitikimą, kur arthrosis deformans genu turėjęs 28 metų amžiaus vyras. Šitam vyrui, prieš ketverius metus žaidžiant futbolą, trūkęs medialinis kelio sąnario meniskas. Tuojau opera-

cijos būdu buvo pašalintas visas meniskas ir tuo būdu kelio sąnarys liko be buferio. Böhler tvirtina, kad viso menisko pašalinimas turįs ypatingos reikšmės arthrosis deformans išsivystymui. Pfab, eksperimentuodamas su gyvuliais, pastebėjęs, kad, pašalinus iš sąnario visą meniską gyvuliui, visuomet neužilgo išsivystąs arthrosis deformans.

Dar vienas iš svarbesnių arthrosis deformans etiologinių momentų yra laikoma trauma. Del jos reikšmės, kaip etiologinio momento, yra daug skirtingų nuomonių. Kai kurie šituo atveju net labai daug reikšmės teikia traumai. Ribbert teigia, kad tik monartikuliniais arthrosis deformans, ypač didžiųjų sąnarių, k. a., klubo ir kelio, atsitikimais, trauma galinti turėti reikšmės kaip etiologinis momentas. Kad galėtume buvusią traumą susieti su vėliau išsivysčiusiu arthrosis deformans, svarbu tiksliai ištirti, kad trauma tikrai palietė tą sąnarį, kuriame vėliau išsivystė arthrosis deformans; be to, svarbu buvusios traumos intensyvumas, t. y. ar buvo tokia trauma, kad jos paliestasis individas turėjo tuojau nutraukti darbą, ar dar dirbo ir, jei dirbo, kiek laiko dirbo. Laiko tarpas tarp buvusios traumos ir atsiradimo arthrosis deformans būna nuo kelių mėnesių ligi metų, todėl per tą laikotarpį traumos paveiktą sąnarį dar gali pakenkti įvairūs žalingai veikią nox'ai, k. a., reumatas, arteriosklerozė ir t. t., todėl tokiais atvejais jau etiologija bus nevisuomet trauma.

Garrè netiki, kad arthrosis deformans galįs išsivystyti anksčiau buvusiame sveikame sąnaryje per šešias savaites po buvusios traumos, nežiūrint jos intensyvumo. Jei trauma paliečia sąnarį jau sergant arthrosis deformans, tik tokia forma, kad tas individas dar neturi būdingų subjektyvių nusiskundimų, tada gali įvykti stiprus proceso pablogėjimas, kuris pagal Borchard'ą tik po 8 savaičių tepasireiškiąs. Svarbu, kad laiko tarpas tarp buvusios traumos ir rentgenologiško tyrimo atitiktų patologo-anatomišką vaizdą, nes svarbu įsitikinti, ar sužalotasis jau prieš traumą neturėjo nepastebėto ar pastebėto arthrosis deformans. Dažnai pasitaiko, kad nukentėjęs nuo traumos jau net keletą metų jaučia subjektyvius nusiskundimus prieš traumą, bet į tai nekreipia daug dėmesio ir tebedirba toliau. Traumai palietus sergantį sąnarį, pajunta stiprų skausmą, nepalyginti stipresnį negu anksčiau jausdavo, todėl tuojau ar po kelių dienų, skausmams nepraeinant, kreipiasi į gydytoją. Jei toks nukentėjęs nuo traumos priklauso kuriai socialinei draudimo įstaigai, visuomet norės susieti savo seną ligą su buvusia trauma (post hoc ergo propter hoc), kad gautų tam tikrą kompensaciją už savo invalidiškumą.

Čia aprašysiu tokį vieną arthrosis deformans atsitikimą.

1938 m. X. 20 d. atėjo į ambulatoriją J. M., vyras, 43 m. amžiaus, darbininkas, skųsdamasis, kad prieš keturias dienas dirbdamas prie statybos susimušęs kairiosios kojos kelio sąnarį, kuris dabar tiek skaudąs, jog negalįs net vaikščioti. Vaikščioja kiek šlubuodamas.

Status praesens. Vidutinio ūgio, taisyklingo ir stipraus kūno sudėjimo, vidutinės mitybos. Plaučiuose ir širdyje jokių patologiškų pakitimų nepastebėta. Kraujo spaudimas 145—150 mm. Hg. pagal Recklinhausen'ą.

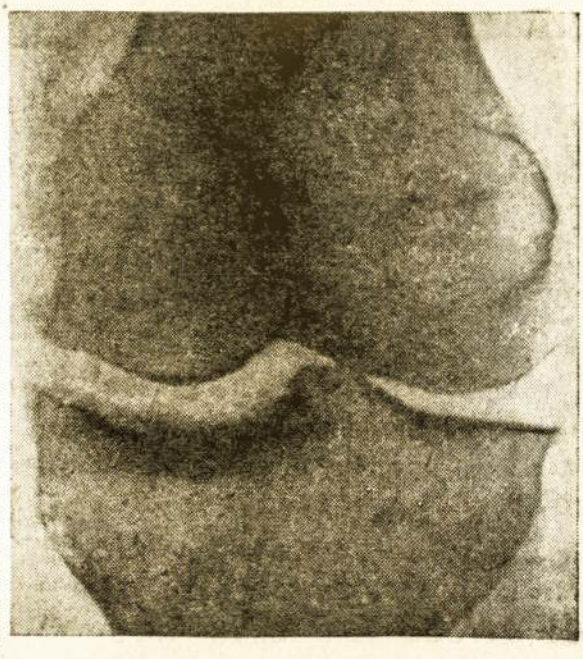
Status specialis. Kairiosios kojos kelio sąnarys atrodo kiek storesnis negu dešinysis; ypač pastorėjimai žymūs condylus medialis tibiae srityje. Palpuojant jaučiamas to sąnario nelygumas, gruoblėtumas ir nedidelio laipsnio skaudamumas, ypač sąnario medialėje pusėje. Tiek aktyviai, tiek pasyviai kairioji koja per sąnarį išsitiesia visiškai, bet fleksija kiek mažesnė, negu dešiniosios kojos per tą patį sąnarį. Tiesiant beveik skausmų nejaučia, o lenkiant yra nedidelio laipsnio skaudamumas.

Matavimai:

	Dešinioji koja.	Kairioji koja.
1) per kelio sąnarį	35 cm.	36 cm.
2) per blauzdą 16 cm. žemiau kelio sąnario	34 cm.	34 cm.
3) aukščiau kelio sąnario 15 cm.	39 cm.	37 cm.
4) aukščiau kelio sąnario 25 cm.	48 cm.	44 cm.

Kaip matome iš aukščiau patiektos lentelės, kairiosios (sergančios) kojos didelė raumenų atrofija, o sąnarys kiek storesnis negu sveikos kojos. Tuojau buvo padaryta 1-oji rentgenograma, kurioje matoma didelio laipsnio sąnario destrukcija, kur blauzdikaulio artikuliniame paviršiuje, condylus medialis srityje, yra susidariusi didelė duobė, sąnariniame tuštime matomas corpus liberum. Nežiūrint didelio laipsnio sąnarinių paviršių pakitimų, sąnario paslankumas mažai tėra nukentėjęs, bet vaikščiojimas yra sunkus ir skausmingas. Reikia manyti, kad šitas vyras jau seniai jautė to sąnario

1 rentgenograma.



2 rentgenograma.

Kair. kelio sąnario arthrosis deformans atsitikimas. Pirmoje rentgenogramoje corpus liberum matomas kairioje pusėje, o antroje rentgenogramoje — jau dešinėje.

skaudamumą ir sunkiai vaikščiojo. Kadangi prieš keturias dienas traumos metu susimušė arthrosis deformans sergantį sąnarį, tai skausmai kiek padidėjo ir darbas, vaikščiojimas pasidarė dar sunkesni, todėl kreipėsi į ambulatoriją, aiškindamasis, kad anksčiau buvęs sveikas ir visiškai darbingas, o po susimušimo pasidaręs nebdarbingas. Po keturių mėnesių buvo padaryta nauja 2-oji rentgenograma. Ir matavimai buvo pakartoti, bet beveik nesiskiria nuo buvusių prieš keturis mėnesius. Palyginę 1-ąją rentgenogramą su 2-ąja, matome skirtumą, kiek per keturis mėnesius artrozinis procesas tėra pažengęs pirmyn. Iš to galime padaryti išvadą, kad arthrosis deformans eiga labai lėta, chroniška.

Patologo-anatomiškas vaizdas.

Pagal N a t h a n'ą paprastas, chroniškas arthritis (sinovitis chronica) esąs vadinamas, kol artritinis procesas lokalizuojasi kapsulės sinovinėje dalyje ir periartikuliniame jungiamajame audinyje. Ligos paliestoji sąnario kapsulės dalis storėja, raukšlėjasi, praranda blizgėjimą, vidiniame paviršiuje atsiranda gauruotumas (Zotten), kuris kartais sukaulėja ir virsta tartum corpus liberum (S t r ü m p e l), o sąnariniame tuštime susitvenkia didesnis ar mažesnis serozinio eksudato kiekis. Palengva procesas, besiplėsdamas sinovinėje kapsulės dalyje, paliečia ir sąnarinės kremzlės artikuliuojančius paviršius, ir, juos sunaikinęs, pereina į kaulines dalis, kurias ilgainiui taip sunaikina, jog deformuojasi visas sąnarys. Kai kurie autoriai (A s s m a n n, R i b b e r t) mano, kad arthrosis deformans išeities taškas esąs sąnarinėje kremzlėje. Pagal R i b b e r t'ą dažniausiai sąnarinio paviršiaus kremzlė rarefikuojantisi, sudarydama tokias kystas, kurios atsiveria į sąnarinį tuštimą ir tuo būdu sąnarinė kremzlė greit būna sunaikinama. Kai galutinai sąnarinės kremzlės būna sunaikintos, tai lieka nuogas, nelygus, duobėtas kaulų paviršius, kuris artrozinio proceso toliau naikinamas. Ypatingai didelio laipsnio kaulinius pakitimus gali duoti kelio sąnario arthrosis deformans, kaip matoma iš dedamų 1 ir *2* rentgenogramų, kur blauzdikaulių artikuliniame paviršiuje susidaro didelės duobės ir sąnarys gauna visai naują padėtį del atsiradimo naujų sąnarinių paviršių. Be to, sąnarys diena iš dienos storėja ir ypač tas sąnario storumas (S t r ü m p e l) tuo labiau pasireiškiąs, juo daugiau atrofuojasi raumenys. Vėlyboje stadijoje dažnai išsivysto pseudoankilozė ir net ankilozė. Geriausią arthrosis deformans vaizdą parodo rentgenas (A s s m a n n), kur daugiausia artikuliuoją kaulai matomi žymiai prie kits kito suartėję, sąnarinis tarpas žymiai susiaurėjęs, bet kaulo atrofijos, kuri labai dažnai pasitaiko poliartritų atsitikimais ir kaulo tuberkuliozės atsitikimais, paprastai nebūna, nes sąnarys beveik visą laiką funkcijuoja.

Diagnozė.

Arthrosis deformans diagnozė paprastai būna nesunki. Susirgimas prasideda labai iš lėto, paliesdamas vieną ar kitą sąnarį, dažniausiai didžiuosius sąnarius, k. a., klubo, kelio, peties. Daugiausia serga vyresnio amžiaus žmonės, turį daugiau kaip 40 metų; labiau nukenčia vyrai negu moterys. Iš ryto arba po ilgesnio poilsio sergančio sąnario jaučiamas pastirimas, rigidiškumas, kuris pavaikščiojus greit pranyksta. Skausmų, temperatūros ir bendro savijautos sutrikimo nesant, dažniausiai nepastebimai procesas žengia pirmyn. Pradeda sąnarys storėti, jaučiamas ir girdimas girgždėjimas, vėliau pasunkėja sąnario funkcija, kas smarkiai atsiliepia darbo našumui ir pajėgumui. Galutinį žodį arthrosis deformans diagnozei taria rentgenas.

Diferencinė diagnozė.

1) Arthrosis deformans pirmiausia tenka diferencijuoti nuo kaulų ir sąnarių tuberkuliozės. Jos pradžia yra taip pat lėta, bet pasireiškia greitesniu sergančios galūnės nuovargiu negu sveikos; beveik visuomet būna žema subfebrilė temperatūra; vėliau atsiranda sąnario hydrops ir raumenų atrofija, kaip arthrosis deformans atveju. Skausmai maži, eiga lėta, užtrunka mėnesius ir metus. Rentgenologiškai būdinga, kad tbc. atveju yra kaulų atrofija, o arthrosis deformans atveju kaulo atrofijos nėra.

2) Antroje lues'o stadijoje luetiniai sąnarių skausmai su nedideliu temperatūros pakilimu daugiausia pasireiškia naktimis. Diagnozei padeda papuliozinis išbėrimas ir, svarbiausia, Wassermann'o reakcija.

3) Gonorėjinių artritų eiga su aukšta temperatūra, kuriai kylant krečia šaltis, ir atsiranda dideli skausmai. Anamnezėje figūruoja dažniausiai gonorrhoea. Jeigu negalima susekti gonokokų, tai visuomet patariama daryti Bordet - Gengou reakcija.

Prognozė.

Arthrosis deformans prognozė, pasak Bergmann'o, Strümpel'io, esanti nekokia. Išgijimai pasitaiką labai retai, kai gydymas pradedamas labai ankstyboje ligos stadijoje. Laikomas dėkingu gydymas ir tuomet, kai ligos eiga ad maximum sulėtėja, kad kuo vėliausiai bendra būklė tenukentėtų. Apskritai, arthrosis deformans quo ad vitam nekenksmingas, tačiau quo ad sanationen et functionem pessima.

Terapija.

Deformuojančių artritų gydymas ligi šiol neduoda gerų rezultatų, nežiūrint, kad yra pasiūlyta daug įvairių gydymo priemonių, kurios sudaro tik crux medicorum.

Pirmiausia, gydant arthrosis deformans, atsižvelgiant į jo blogą prognozę, svarbu sudaryti tokios sąlygos sergančiajam, kad procesas neprogresuotų, arba labai iš lėto teprogresuotų. Todėl svarbu apsaugoti nuo išorinių, žalingai veikiančių, aplinkybių, kurios gali pabloginti bei pagreitinti proceso eigą.

Svarbu sausas, šiltas butas, šilti rūbai, lengvas darbas. Strümpel pataria šaltas klimatines sąlygas pakeisti šiltų kraštų klimatu žiemos metu.

Iš medikamentų arthrosis deformans gydymui plačiai buvo naudojami salicilatai. Assmann ir Strümpel nepastebėję beveik jokių pagerėjimų nuo salicilatų terapijos. Kiek palengvinąs ir sulėtinąs arthrosis deformans proceso eigą, pasak Assmann'o, atophan'as, naudojamas ilgesnį laiką mažomis dozėmis kelis kartus per dieną.

Kadangi kai kurių autorių (Wollen-Berg) nuomone arthrosis deformans išsivystąs seniems žmonėms del vaskuliarinio aparato pakitimo arteriosklerozės prasme, todėl yra naudojami jodo preparatai. Strümpel neigia šituo atveju jodo preparatus, nes savo patyrimu nėsąs pastebėjęs jokių terapinių veikimų, o Garrè tvirtina, kad jodo preparatai turį nemaža reikšmės arthrosis deformans gydymui.

Vėliau Heilner panaudojo parenteraliai arthrosis deformans gydymui sanarthrit'ą, kuris yra ekstraktas iš gyvulinės kremzlės. Tačiau Bergmann'o tvirtinimu beveik jokio efekto parenteralinė sanarthrit'o terapija neduodanti.

Atsižvelgiant į tai, kad pagal Assmann'o vidinė sekrecija vaidina tam tikrą vaidmenį ir net labai svarbų, arthrosis deformans etiologijoje, Schittenhelm panaudojęs thyroxin'ą, pradėdamas mažomis dozėmis ir jas didindamas, ir gavęs gerų rezultatų.

Plačiai yra naudojama fizinė terapija arthrosis deformans gydymui (Strümpel, Bergmann, Garrè), kuri sukelianti sergančio sąnario hiperemiją ir tuo būdu pagal Borhard'ą sumažėjąs skaudamumas, gerėjąs sąnario judrumas (König).

Iš fizinės terapijos yra naudojamas karštas oras, vanduo, fango ir diatermija. Pasak Strümpel'io, kartais būną gana naudinga sergančiam sąnariui saulės vonios arba švitinimas kvarco lempa ir pasyvi Bier'o hiperemija kasdien po vieną ar dvi valandas, nuo ko gaunamas laikinis pagerėjimas.

Skausmai arthrosis deformans atvejais (P a y e r) susidarą todėl, kad sąnarinė kapsulė raukšlėjasi, traukiasi, storėja, nes priauga joje naujų audinių. Sąnarinė kapsulė pasidaranti perdaug ankšta, todėl atsirandą sąnario skausmai ir rigidiškumas, kiek vėliau susiaurėjąs sąnarinis tarpas. Kaip viso to padarinỹs, padidėjąs sąnarinių paviršių trynimasis ir tuo drauge jau patologiškai pakitusios kremzlės žalojimas, del ko, be abejo, dar padidėją skausmai, todėl susidaraąs circulus vitiosus. Be to, arthrosis deformans atvejais visuomet būną permaža (K ö n i g) sąnariniame tuštime sinovijos, todėl esą jaučiamas sąnario sausumas. P a a s savo eksperimentiniais darbais įrodė, kad arthrosis deformans atsitikimu ne tik esanti sumažėjusi sinovijos gamyba, bet taip pat ir jos rezorbcija esanti žymiai sulėtėjusi; žodžiu, esanti sutrikusi sinovijos apykaita. Todėl svarbu esant sausam sąnariui sinovija pakeisti, ir rezorbcijos pajėgumas padidėsiąs (K ö n i g).

Kadangi P a y e r mano, kad arthrosis deformans atveju skausmai atsirandą del sąnarinės kapsulės raukšlėjimosi ir traukimosi, o padidėjęs sąnarinių artikulinių paviršių trynimasis del stokos bei sumažėjusios sinovijos kiekio ir sąnarinio tarpo susiaurėjimo, todėl panaudotas n o v o k a i n a s sąnarinei kapsulei išplėsti. Bet novokainas per kelias valandas rezorbuojasi, todėl taja metode maža tepasiekta. Vėliau P a y e r pradėjo naudoti p h e n o l k a m p f e r'o injekcijas mažais kiekiais, po kurių smarkiai padidėjanti eksudacija trumpam laikui. Tuo būdu buvę gauta gana gerų rezultatų. Paskui buvusios mėginamos naudoti įvairios medžiagos injekcijoms. Po ilgų mėginimų K ö n i g 1932 m. pradėjęs naudoti i m m e t a l'į (immetal'is turi 36% jodo), kuris daugelį metų paliekąs sąnaryje ir rentgenologiškai esąs pastebimas, nes jodas duoda šešėlį.

Po immetal'io injekcijos dažnai gaunama stipri iritacija, nuo kurios susidaro didelė eksudacija. P a a s'o nuomone, tuo geresnių rezultatų esą gaunama arthrosis deformans gydant immetal'io injekcijomis, juo būnąs didesnis sudirginimas po injekcijos. Todėl K ö n i g, pasirėmęs minėtąja P a a s'o nuomone, iš pradžių leisdavęs 5—10 ccm. immetal'io į sąnarinį tuštimą, bet greitai perėjęs prie mažesnių kiekių. Dabar beleidžiąs ne daugiau kaip 3—4 ccm., nes pastebėjęs, kad geresnių rezultatų gaunama tais atvejais, kai būną mažesnis sudirginimas. Mažesnis dirginimas būnąs pradedant injekcijas mažais kiekiais. Pradedama: pirmą dieną leidžiamą 3—4 ccm. immetal'io ir tuojau leidžiama novokaino arba pantokaino. Po dviejų dienų vėl leidžiama 1 ccm. immetal'io ir novokaino, ir taip injekcijos kartojamas kas dvi dienos per keletą mėnesių. Injekcijos būnančios visuomet neskausmingos (B a y e r), bet visuomet leidžiamos tik stacionariniams ligoniams.

Nūdien naudojama arthrosis deformans terapija nėra priežastinė, bet tik simptominė, kuri tik kliniška prasme suteikia pagerėjimą, bet patologo-anatomiška būklė nepakinta, tik laikinai, ilgesniam arba trumpesniam laikui, procesas gali stabilizuotis nuo pritaikytos terapijos. Todėl dauguma atsitikimų prognozė esanti bloga (Bergmann, König). Gydymas laikomas dėkingu ir tuomet, kada patologinio proceso eiga sulėtėjanti ad maximum.

Literatūra.

1. Assmann: Die klinische Röntgendiagnostik der Inneren Erkrankungen. 5 Aufl. 1934.
2. Bergmann: Handbuch der Inneren Medizin. 1936.
3. Beyer: Erfolge mit Immetal bei der Behandlung arthrosis deformans. 1936.
4. Böhler: Technik der Knochenbruchbehandlung. II B. 1938.
5. Borhard-Garrè: Lehrbuch der Chirurgie. 1933.
6. Demel: Diagnostik chirurgischen Erkrankungen. 1935.
7. König: „Fortschritt der Ther." 1938 m., 8 nr.
8. König: „Zbl. Chir." 1932.
9. Paas: „Zbl. Chir." 1933.
10. Payer: Chronische Gelenkerkrankungen.
11. Ribbert: Lehrbuch der allgemein. Patholog. und path. Anatom. 1921.
12. Strümpel: Spezielle Pathologie und Therapie. 1934.

Summary.

Arthrosis deformans is a very chronical disease, which begins very slowly and touches one or another joint. Very often it touches the largest joint as articulatio coxae, humeri and genu. Usually arthrosis deformans have older men, about 40 year. Sometimes also young men 20—25 years old have arthrosis deformans. Some authors saw 15—16 year youth with arthrosis deformans. Men have more frequentely arthrosis deformans than women.

The symptomatology and diagnosis of arthrosis deformans is not hard. Everyone who has this disease feels from morning, when he awakes rigidity, stiffness of this joint, which has arthrosis deformans. After a short going, this rigidity vanishes. Always arthrosis deformans go farther unnoticed. At last this joint, which has arthrosis deformans began to thicken. That man feels and hears a noise of this joint. Then that man cannot move the ill joint well and then it is very hard to work and to walk. When begins arthrosis deformans, then the progress very rarely stops. Sometime the progress stops for a shorter or longer time.

As to the etiology of arthrosis deformans it is held by many authors to be inside and outside. At first — individual disposition (age, sex), at second — hard work and trauma, to which some authors give very great importance. Arthrosis deformans begins in the cartilages of the joint.

When the cartilages of the joint are destroyed, then the static of the joint is altered.

The prognosis of arthrosis deformans is pessima, because the therapy at present is mere simptomatic.

Chem.-vaist. Č. Bankauskas.

Vandentiekio vamzdžių sanitarinė reikšmė.

Čia turėsiu galvoje ypatingai vandentiekio švininius vamzdžius, nes jie kaip tik gali turėti reikšmės žmonių sveikatos atžvilgiu.

Jau romėnai savo senoviškuose vandentiekio ir kanalizacijos įrengimuose vamzdžiams vartojo šviną. Vėliau, kada įvairiuose Europos miestuose atsirado vandentiekiai, švininiai vamzdžiai tam reikalui pradėti labai plačiai vartoti — 1) del savo fizinių (lengvai lydosi, gerai traukiasi, nelūžta) ir 2) cheminių savybių (palyginti mažai oksiduojasi nuo oro ir vandens). Bet pradžioje, kada dar mažai buvo ištirtas švino tirpstamumas vandenyje ir dar nebuvo išaiškintos atsarginės priemonės šitam švino tirpstamumui sumažinti, neretas buvo dalykas, kad kartais pasitaikydavo apsinuodijimo atsitikimų, vartojant iš tokių vamzdžių vandenį gėrimui.

Didelė chemijos, o taip pat higienos pažanga, ilgainiui nurodė, kad, vartojant švino vamzdžius vandentiekiui, gali susidaryti pavojaus sveikatai. Beveik kiekviename higienistų suvažiavime šitas klausimas buvo nagrinėjamas; tyrinėtojai savo darbuose nurodydavo vandenyje esančių druskų ir dujų įtaką švinui, bet dažnai jų įrodymai vienas kitam prieštaraudavo, ir tik paskutiniuoju laiku tas klausimas atsistojo ant tvirto pagrindo.

Įdomu žinoti, ar tikrai vanduo, turįs nors ir nedidelį švino kiekį, veikia nuodingai, ir, antra, ar žinoma higienos istorijoje panašių apsinuodijimų. Jau 1815 m. Anglijoje, Tunbridg'e, susirgę daug žmonių nuo vandenyje ištirpusio švino.

Reiškiniai apsinuodijus švinu dažniausiai būna šie: diegliai viduriuose, vėmimas, galvos skausmai, vidurių užkietėjimas, paralyžiai. Be to, literatūroje randame daug mirtinų atsitikimų del vandentiekio vandenyje esančio švino, ypač daug tokių atsitikimų būta Anglijoje.

Dr. Moizard aprašo („Revue d'hygiene et de police sanitaire") atsitikimą, kai apsinuodijusi visa šeima, susidedanti iš 4 asmenų — vyro, žmonos, vaiko ir bonos.

Dr. Richard (tame pačiame žurnale) aprašo taip pat keletą apsinuodijimo švinu atsitikimų, vartojant vandenį iš švininių vamzdžių, turinčių 200 metrų ilgio. Pasirodė, kad vanduo buvęs imtas iš šaltinio, kuris vasaros metu išdžiūsta, ir vamzdžiai pasilikdavę keletą mėnesių tušti, ir tik nuo gruodžio m., atsiradus vandens šaltinyje, vėl pro vamzdžius buvęs varomas vanduo. Be to, tas pats dr. Richard sako, kad tropikuose dar greičiau galįs atsitikti apsinuodijimas vandeniu iš

švininių vamzdžių del to, kad žmonės geria labai daug vandens ir todėl vyksta kumuliacinis švino veikimas žmogaus organizme, t. y. švinas kad ir mažais kiekiais renkasi organizme, bet kadangi jo kiekis vis didėja, o organizmas nesuspėja jo pašalinti, ir tuo būdu prisirenka žymus švino kiekis, kuris ir apnuodijąs.

Mirfield'o miestelyje, netoli Huddersfield'o, 1885 m. anglų duomenimis sunkiai susirgę daugiau kaip 50 žmonių. Pasirodo, kad vandenyje švino kiekis siekęs iki 11,71 mgr. litre.

Dr. Richter aprašo atsitikimą Dessau'o mieste, kur švino vandeniu apsinuodiję 92 žmonės. Susirgusieji nepaprastai suliesėję, nuolat jautę viduriuose dieglius ir prietvarą. Vienam žmogui net pradėjęs švinas rinktis ant dirbtinio žandikaulio. Būdingas dalykas, kad šituo atveju nė vienas vaikas nebuvęs susirgęs. Atlikus vandens analizę, pasirodė, kad švino būta daugiau kaip 11 mgr. litre. Dar paminėtinas vienas atsitikimas Sheffield'o mieste (Anglijoje), kur gydytojai pastebėjo spontanišką gyventojų susirgimą, vartojant vandenį iš vandentiekio; tokių atsitikimų buvo užfiksuota 1.129.

Antra vertus, yra daug tyrinėtojų, kurie sako, kad vanduo, praėjęs pro švino vamzdžius, nėsąs žalingas, jei vandenyje ištirpusio švino kiekis neperdidelis. Net toks žymus higienistas, kaip Pettenkoffer, taip pat nurodo, kad švininiai vamzdžiai vandentiekiui esą galima vartoti, tik, reikią žiūrėti, kad vanduo tuose vamzdžiuose ilgai neužsistovėtų.

Įdomus vienas faktas, kuris nurodo, kad XIX amžiaus pabaigoje nepaprastai pradėjo bijoti švino vamzdžius vartoti vandentiekiui; pvz., Francūzijoje inž. Laval įteikė Paryžiaus municipalinei tarybai prašymą, pasirašytą 907 medikų, kad švininiai vamzdžiai būtų visiškai uždrausti vartoti vandentiekiui.

Vėlesnieji tyrinėtojai, pvz., Eulenberg (Handbuch d. offentlichen Gesundheitswesens) ir Reichard („Archiv der Pharmacie") nurodo, kad švininiai vamzdžiai esą galima vartoti vandentiekiui tik su sąlyga, kad vamzdžiai visada būtų pripildyti vandens. Tačiau nors vieni autoriai stovėjo už švininius vamzdžius, vis delto tarptautiniame higienistų kongrese Briuselyje (1876 m.), taip pat Prahoje (1882 m.) buvo numatyta uždrausti vartoti švininiai vamzdžiai vandentiekiui. XIX amžiaus pabaigoje buvo uždrausti švininiai vamzdžiai tokiuose žymiuose miestuose, kaip, pvz., Stokholme, Dessau'e, Drezdene, Prahoje ir net Rio-de-Janeiro.

Dabar svarbu žinoti, kurie veiksniai veikia, kad švinas tirpsta vandenyje, o taip pat, nuo ko pareina didesnis ar mažesnis jo tirpstamumas. Čia turi reikšmės vandenyje ištirpusios druskos, arba dujos. Bandymai parodė, kad nuo vienų druskų

švinas labiau tirpsta, o nuo kitų mažiau. Ir čia įvairių autorių nuomonė gana ryškiai skiriasi. Pvz., Horsford nurodo, kad esą pavojinga vanduo leisti pro švininius vamzdžius, jeigu vandenyje yra mažas kiekis sulfatų, o ypač bikarbonatų, nes pastarieji švininiuose vamzdžiuose duodą nuosėdų, kurios apdengiančios plonu sluoksniu vamzdžio vidų ir tuo būdu neleidžiančios švinui tirpti vandenyje. Mokslininkai Dragendorf ir Medlock, pasirėmę daugeliu atliktų bandymų, nurodo, kad svarbesne švino tirpstamumo priežastimi reikia laikyti vandenyje esamos azoto druskos, ypač amonio nitratai.

Kiti autoriai, pvz., Besnou, nurodo, kad nesvarbu kurios druskos būna vandenyje: juo daugiau mineralinių druskų vandenyje, juo geriau švinas apsaugojamas nuo tirpstamumo. Išimtį sudaro chloridai, kurie švino atžvilgiu beveik indiferentiški. Įrodytas dalykas, kad mažiausias amonijako kiekis vandenyje (pvz., 0,0001%) padaro vandenį labai aktyvų, nes tada švinas tirpsta vandenyje. Faist rado, kad kietas vanduo net keletą savaičių neveikiąs švino. Panašiai įrodo ir Pettenkofer, būtent, kai vandenyje daug kalcio karbonato, tada vanduo netirpdąs švino*. Todėl, kaip matome, viena, kietas vanduo kasdieniniame gyvenime nepageidaujamas (eikvoja daug muilo, gadina valgius, induose ir gariniuose katiluose duoda nuosėdų), bet, antra vertus, ten, kur vandentiekiui vartojami švino vamzdžiai, kietas vanduo bus sveikesnis gėrimui, nes neturės švino.

Vėl daugelis kitų autorių (Graham, Otto, Modlock, Varrentropp ir kt.) įrodo, kad ypatingai blogai veikią švininius vamzdžius organiniai junginiai, nes, jiems pūvant, atsirandą amonijakas ir azotinė amonio druska, kurios ir tirpdančios šviną. Kaip įrodymas aprašomas vienas atsitikimas Braunšveige, kai staiga vienų namų vandentiekio vandenyje atsiradę nepaprastai daug švino, kuris buvę galima net iš skonio pažinti (taip pat ir gerai nusidažydavo nuo sieros vandenilio). Tiriant pasirodė, kad sąšlavų duobės pamatas sprogęs, ir joje esančios pūvančios organinės medžiagos susisiekusios su netoli esančius šulinių, iš kurio buvo semiamas vanduo.

Pažiūrėsime dabar, kurios reikšmės švininiams vamzdžiams turi oras, o tiksliau — deguonis ir anglies dvideginis (anglirūgštė, CO_2), kurie taip pat padedą švinui tirpti vandenyje. Pradžioje jie labai buvo ignoruojami, o ypač laisvoji anglirūgštė. Toje srityje pasidarbavo daug mokslininkų, k. a.: Smith, Bobiérre, Heyer, Wolf-

*) Kietam vandeniui veikiant, švino vamzdžių vidus pasidengia kalkių sluoksniu, kuris apsaugoją šviną nuo tolimesnio tirpstamumo vandenyje. Šitokia apsauginė vandens ypatybė vos tik pastebima nuo 7 vandens kietumo laipsnių.

hügel, Philipps ir kt. Paskutinysis įrodė, kad oras tikrai padidinąs švino tirpstamumą vandenyje: paėmę 2 vienodas švino plokšteles, vieną iš jų visiškai paskandinęs vandenyje, o antrą pakabinęs vandens paviršiuje, kad vos tik liestų vandenį. Per tam tikrą laiką analizavęs vandenį, ir pasirodę, kad daug daugiau švino buvę rasta vandenyje ten, kur plokštelė vos paliesdavusi vandenį. York virinęs vandenį, norėdamas pašalinti visas laisvas, vandenyje esančias, dujas, ir atšaldęs įdėdavęs švino plokštelę; švinas tirpęs vandenyje, nes laisvai galėję iš oro į indą su vandeniu patekti deguonis ir anglirūgštė. O kai įdėdavęs net nepoliruoto blizgančio švino gabalą į kolbą, pilną virinto vandens ir sandariai uždarytą, kad visiškai neįeitų atmosferos oras, tada švinas net po mėnesio dar blizgėdavęs, ir vandenyje jo visai nebuvę rasta. Panašius bandymus atliko ir Balard, prieidamas tas pačias išvadas, būtent, kad atmosferos oras padedąs švinui tirpti vandenyje. Apskritai daugumą tyrinėtojų nurodo, kad švinas smarkiau tirpstąs vandenyje tada, kai jo paviršių pakaitomis veikią oras ir vanduo. Kaip įrodymą Bobiérre duoda pavyzdį, gerai žinomą jūrininkams, būtent, kad laivų tik tos metalinės dalys ypatingai greit rūdyjančios ir gendančios, kurias dažnai veikią vanduo ir oras. Armand Gautier, kaip ir daugumas tos srities tyrinėtojų, įrodo, kad ne labai kietas vanduo, o tuo labiau lietaus ir destiliuotas vanduo ypatingai greit veikią šviną, jį tirpydamas. Pavyzdžiui, Ofenbacho miesto vandentiekio vanduo, beveik chemiškai švarus nuo priemaišų, o, kaip pastebėta, vis delto greitai suėda švininius vamzdžius. York įrodė, kad švinas, veikiamas ne tik deguonies, bet ir anglirūgšties, nes pastaroji duoda junginį — $PbCO_3.Pb(OH)_2$, kuris iš dalies taip pat tirpsta vandenyje; todėl reikalinga įsidėmėti ir tas faktas, kad anglirūgštė su švinu duoda lengviau tirpstančius vandenyje junginius.

Atsižvelgus į daugumos autorių nuomonę, galima padaryti išvada, kurią visi pripažįsta, kad oras (deguonis) ir CO_2 padidina švino tirpstamumą vandenyje, beto, deguonis veikia smarkiau negu CO_2.

Dar svarbus faktorius švino tirpstamumui vandenyje yra laikas, pvz., juo ilgiau tas pats vanduo išbūna švino vamzdyje nesikeisdamas (nenutekėdamas), tuo daugiau gali atsirasti švino vandenyje; žinoma, iki tam tikrų ribų. Be to, daug reiškia pačių vamzdžių paviršius, kitaip sakant, skerspjūvis, toliau, vamzdžių ilgis, jų sulinkimai. Calvert tvirtina, kad 12 valandų švininiuose vamzdžiuose išstovėjusiame vandenyje jau atsirandą švino. Withe bandymais įrodė, kad vandenyje stovėjusiuose švino vamzdžiuose vieną mėnesį švino kiekis padidėjęs nuo 0,085 mgr. iki 4,7 mgr. litre — beveik 50

kartų daugiau. Kersting, padaręs analizę vandens, stovėjusio vos ½ valandos švininiuose vamzdžiuose, radęs 4 litruose apie 1½ mgr. švino, po 12 valandų — 4 kartus daugiau, būtent 6 mgr., o po 24 valandų — 11 mgr. Steiner įrodo, kad lėtai tekąs vanduo įgaunąs apie 1,04 mgr. švino litre, o normaliu greičiu (reikia suprasti, visai atsukus kraną) — tik 0,05 mgr. litre, o stovinčio vandens švino kiekis didėjęs tiesiog proporcingai laikui, tačiau mėnesį vamzdžiuose buvusiame vandenyje švino kiekis nedaug kuo skiriąsis nuo vandens, stovėjusio vamzdžiuose savaitę; jis rado, kad per mėnesį atsiradę 4,7 mgr. litre, o per savaitę — 3,25 mgr.

Kaip matome, visi autoriai vienodai pripažįsta, kad vanduo, pasiliekąs vamzdžiuose, įgauna tam tikrą kiekį švino, todėl dauguma autorių sutartinai pripažįsta, kad vanduo, stovėjęs nors ir per naktį švininiuose vamzdžiuose, turįs būti nuleidžiamas, ir tik po to jis esą galima vartoti gėrimui ar virimui. Žinoma, prieš šitokį siūlymą daug kas protestavo, nes kiekvieną rytą nuleidinėti daug vandens veltui šiaip ar taip sudaro tam tikrą ekonominį nuostolį.

Vandens temperatūrai kylant, švino tirpstamumas kad ir didėja, bet tat didelės praktiškos reikšmės neturį, nes paprastai vamzdžiuose aukšta t°-ra nebūna, o tik gali vos keliais laipsniais pakilti, nors, pvz., Alžyre, visiškai nustota vartoti švininiai vamzdžiai, bet ne todėl, kad pakyla vamzdžiuose vandens temperatūra, o todėl, kad dažnai vandens šaltiniai išdžiūsta, vamzdžiai per tam tikrą laikotarpį lieka tušti ir pasiduoda oro veikimui.

Toliau nustatyta, kad senieji švino vamzdžiai esą mažiau žalingi, negu naujieji, del to, kad vidiniame vamzdžių paviršiuje per tam tikrą laiką atsirandąs tvirtas sluoksnis druskų, neprileidžinčių vandeniui susisiekti su švinu, ir tuo būdu mažindamas jo tirpstamumą. Šitaip galvoja: Wolfhügel, Leonhardt ir kt. Jie sako, kad švinas iš vamzdžių į vandenį pereinąs daugiausia pirmosios savaitės metu po vandentiekio įrengimo, todėl jie pataria per tą laiką tokio vandens nei gėrimui, nei maisto virimui visai nevartoti.

Dr. Fischer aprašo („D. Med. Woch." 1930 m. 43 nr.), kad tais pačiais metais vasaros metu Leipzigo mieste susirgę apie 250 žmonių, apsinuodiję švinu iš vandentiekio. Ypatingai daug atsitikimų buvę naujai pastatytuose namuose, kur buvo įvestas vandentiekis. Buvę padaryta daug analyzių (115) vandens, išstovėjusio vamzdžiuose per naktį, ir rasta, kad švino kiekis vandenyje svyravęs nuo 0,30 iki 25,6 mgr. litre, taigi, vidurkis 5,3 mgr. litre. Didžiausias švino kiekis vandenyje buvęs rastas liepos ir rugpjūčio mėnesiais. Naujai

pastatytuose namuose (1930 m.) švino kiekis vandenyje svyravęs nuo 7,7 mgr. iki 10 mgr. litre. Namuose, statytuose 1928 m., švino kiekis vandenyje sumažėjęs, būtent, rasta 2,2 mgr. litre, o namuose, statytuose tarp 1875—1913 m., švino kiekis vandenyje vidutiniškai rastas tik 0,67 mgr. litre.

Švino tirpstamumui pašalinti buvo daryta daug įvairių mėginimų, pvz., švino vamzdžių vidus buvo mėginta padengti parafinu, bet tas būdas beveik visiškai neprigijo. Daug geriau pavyko kitas bandymas: švino vamzdžiai buvo padengti su alavu. Tačiau techniškai tat atlikti nelabai lengva; be to, švinas, kad ir mažesniais kiekiais, vis vien buvo randamas vandenyje. Daug geriau pavyko bandymai vandentiekio vamzdžiams vartoti švino su alavu lydinys; vanduo, paimtas iš tokių vamzdžių, beveik visiškai neturėjo švino junginių; tačiau tokių vamzdžių kaina buvo per aukšta.

Mėginta vamzdžiai dengti cinku, bet pasirodė (P e t t e n k o f f e r), kad vanduo veikiąs taip pat ir cinką, ypatingai, kaip praneša R o c g u e s, cinkas gerai tirpstąs, kai vandenyje yra deguonio, amonijako, CO_2 ir bikarbonatų. Kaip žinoma, cinko druskos taip pat nuodingos, kaip ir švino druskos. H e y e r išanalyzavo vandenį Dessau'o miesto žemės banke, kur buvo vartojami vandentiekiui ne švininiai vamzdžiai, o geležiniai cinkuoti vamzdžiai. Pasirodė, kad ilgai tuose vamzdžiuose išstovėjęs vanduo turėjęs 27 mgr. cinko oksido litre, o nuolat vartojant vandenį turėjęs 10,4 mgr. H e y e r įrodė, kad padengimas cinku nei sveikatos, nei ekonominiu atžvilgiu nesąs praktiškas. Kiti tyrinėtojai, kaip, pvz. V é n a b l e, B u n t e, W o l f h ü g e l, atlikę šitoje srityje daug eksperimentų, priėjo bendrą ir vienodą išvadą, kad cinko tirpstamumą veikią tie patys faktoriai, kaip ir šviną, būtent: vandens cheminis sąstatas, o taip pat ir laikas, per kurį vanduo išbūna tuose cinkuotuose vamzdžiuose. Taip pat cinko tirpstamumą vandenyje veikiąs vandenyje esąs deguonis ir CO_2. Jie sako, kad šitose aplinkybėse cinkas iš tokių vamzdžių pereinąs į vandenį, net didesniais kiekiais negu švinas. Tačiau daugelis autorių yra tos nuomonės, kad praktiškiau esą vartoti vandentiekiui geležiniai, iš vidaus cinkuoti, vamzdžiai, negu gryno švino vamzdžiai.

Įdomus klausimas apie minimalinius švino kiekius, leistinus geriamajame vandenyje; dauguma higienistų leidžia viename litre vandens daugiausia 0,36 mgr. švino; kiti sako (pvz., G e r t n e r), kad galima leisti švino net iki 1 mgr. litre. Pagal prof. S y s i n'o duomenis Berlyno miesto vandentiekis turįs 0,3 mgr. švino. Toks švino kiekis nesąs nuodingas, geriant kad ir didesnį kiekį vandens, nes jokių apsinuodijimų švinu ligi šiol nepastebėta.

Pasirėmus aukščiau minėtų autorių eksperimentais, o taip pat ir jų nuomonėmis, galima padaryti del vandentiekio vamzdžių išvados:

1) Iš švininių vamzdžių švinas gali atsirasti vandenyje įvairiais kiekiais.

2) Švinui geriau tirpti padeda CO_2 ir oras (deguonis), ypatingai, jei pastarasis veikia pakaitomis su vandeniu. Vanduo, turįs rūgščią reakciją, geriau tirpdo šviną, negu šarminės reakcijos vanduo.

3) Vanduo švino vamzdžiuose ilgiau vienos paros neturi užsistovėti.

4) Vamzdžiai visada turi būti pripildyti vandens.

5) Kiekvieną rytą, vartojant vandenį gėrimui arba maistui virti, patartina atidaryti kranas ir vamzdžiams perplauti paleisti vanduo bent vienai minutei.

Naudotoji literatūra.

1. Prof. G. V. Chlopin: Chimičeskije i mikrobiologičeskije metody sanitarnych izsledovanij pitjevych i stočnych vod. 1918 g.

2. Max Eugling: Grundzüge der Hygiene. 1934.

3. Dr. Krauze: „Zeitschrift für Higiene u. Infektionskrankheiten". 118 B., 2 H., 1936 m. (Was lehren uns die Leipziger Bleivergiftungen durch Trinkwasser?).

4. Prof. Sysin: Učebnik gigieny. 1934 g.

5. Sokolova: Sanitarnoje značenije svincovych vodoprovodnych trub. 1891 m.

AUTOREFERAT.

Dieser Aufsatz behandelt die Einwirkung der Wasserleitungs—Bleiroehren auf die Gesundheit der Menschen. Viele Autoren und Forscher haben nachgewiesen, dass das Blei der Wasserleitungs-Rohre sich unter gewissen Umstaenden im Wasser aufloessen kann und dann auf die Gesundheit der Menschen schaedlich einwirkt. Es sind viele Faelle bekannt, wo ganze Staedte auf solche Weise Bleivergiftungen davontrugen. Die Forschungen haben ergeben, dass Sauerstoff und Kohlensaeure (CO_2) ganz besonders die Loeslichkeit des Bleis im Wasser foerden, ferner auch noch bestimmte Salze, welche das Wasser enthaelt. Es wurde gleichfalls nachgewiesen, dass der Bleigehalt im Wasser der Neubauten mit neu eingefuehrten Wasserleitungen bedeutend groesser war, als in alten Bauten. Auch ist es erwiesen, dass das Wasser bei laengerem Lagern in den Rohrleitungen, beispielsweise ueber Nacht, groessere Mengen Bleigehalt aufspeichert und ist es daher ratsam, morgens vor Gebrauch des Wassers fuer Speisezwecke, vorest groessere Mengen Wasser abzulassen — zumindest eine Minute lang.

Chem.-vaist. J. Pikas.

Apie lizatus.

Dabartiniais laikais endokrinologija tiria ne tiktai audinių apykaitos aktyvius biologinius produktus (hormonus), bet taip pat ir audinių skilimo produktų, lizatų arba histolizatų, fiziologišką veikimą. Dar 1873 m. mokslininkas Weigert atkreipė dėmesį į audinių skilimo produktų aktyvų vaidmenį. Pasak jo, organizmo audinių skilimo produktai, patenkantieji į kraują, turį biologinę reikšmę ir esą fiziologiniai procesų atnaujinimo žadintojai. Haberland (1921 m.) savo bandymais su augalais įrodė, kad nuo dalinio narvelių sužalojimo ir nuo susidariusių skilimo produktų pareiną audinių atnaujinimo procesai. 1922 m. Gaza, darydamas bandymus su gyvulių audiniais, gavęs tokių pačių rezultatų.

Pirmus bandymus su žmonėmis darė lietuvis gydytojas K. Nasvytis (Vilkaviškis), dar būdamas Berlyno universiteto studentu (1922 m.). Jis imdavo žmogaus kraujo 50 ccm., defibrinuodavo jį, atšaldydavo ir vėl sušildydavo iki kūno temperatūros ir po 2—4 valandų įleisdavo tam pačiam žmogui į veną arba į paodį. Tas kraujas, turįs daug kraujo narvelių skilimo produktų, kelioms dienoms po injekcijos praėjus, žymiai padidindavęs eritrocitų kiekį.

K. Nasvyčio metodika pasinaudojo japonų mokslininkai Furukava, Myagava ir Ono. Furukava, įleisdamas šunims phenylhydrazin'o, sukeldavo jiems anemiją. Tačiau, įleidus kraujo pagal K. Nasvyčio metodę, hemoglobino ir eritrocitų kiekis žymiai didėjo. Myagava (1923 m.) injekuodavo gyvuliams įvairius audinius, sutrintus su Ringer'io skiediniu į smulkiausias dalis. Injekavus inkstų audinių suspensijos 0,5—1—2 gr. 1-am kg. gyvulio svorio, įvykdavę inkstų sutrikimai ir net jų nekrozė. Tačiau dozę sumažinus iki 0,05 gr. 1-am kg. gyvulio svorio, po kelių valandų šlapimų išsiskyrimas didėjąs be inkstų sužalojimo (kelis kartus daugiau negu normaliai). Suleidus šuniui, turinčiam tulžies latako fistulę, kepenų narvelių suspensijos 0,1—1 gr. 1-am kg. svorio, žymiai mažėjęs tulžies išsiskyrimas. Skrodžiant rasta kepenų nekrozė. Įleidus 0,01—0,04 gr. 1-am kg. gyvulio svorio, didėjęs tulžies kiekis ir gyvulių svoris. Šitų bandymų dėka buvusi prieita išvada, kad negyvų narvelių sudėtinių dalių suleidimas į organizmą parodąs didelį fiziologišką veikimą homologiškiems narveliams, t. y. to paties organo narveliams. Mažos dozės sužadinančios, o didelės sumažinančios fiziologines funkcijas ir net privedančios prie audinių apmirimo.

K. Nasvyčio, Mygava's ir Furukava's tyrimai buvo greitai užmiršti. Tik per paskutinius 4—5 metus jais vėl susidomėjo mokslininkai, ypačiai Tušnov ir jo mokiniai, kurie sudarė net atskirą medicinos mokslo šaką apie lizatus. Jie praktikoje įrodė audinių skilimo produktų veikimą. Dabar jau yra gausi literatūra apie lizatų gaminimą ir gydymą jais.

Žemiau pateikiame keletą lizatų gaminimo pavyzdžių pagal Tušnov'o metodę.

Tiriamas gyvulių organas nuplaunamas nuo kraujo, susmulkinamas ir pastatomas į termostatą su dirbtinėmis arba natūralinėmis skrandžio sultimis. Veikiant pepsinui baltimai skyla į peptonus ir albumozes. Tat yra 1-oji frakcija. Pusė šitos frakcijos apdirbama pankreatinu. Tat yra 2-oji frakcija. Peptonai ir albumozės virsta polipeptidais ir amino rūgštimis. Abiejų frakcijų mišinyje yra ne tik baltimų skilimo produktų iki amino rūgščių, bet ir riebalų, angliavandenių, lipoidų, hormonų ir druskų skilimo produktų.

Lizatus gamina ir nepridedant fermentų, pasinaudojant to organo audinių fermentais — autolysis. Tam tikslui reikiamas organas paliekamas kai kuriam laikui termostate steriliškame Ringer'io tirpinyje 37° temperatūroje. Veikiant audinių narvelių fermentams, pasigamina skilimo produktai, kurie pasilieka tirpinyje. Tada susidaro sudėtingas įvairių medžiagų kompleksas. Tas kompleksas nėra nuolatinis; jis keičiasi atsižvelgiant į sąlygas, kurioms esant vyksta skilimas. Todėl lizatai, pagaminti pagal įvairių autorių įvairius receptus, nėra panašūs vieni į kitus nei savo sudėtimi, nei savo veikimu. Iš kiekvieno organo galima pagaminti lizatų: iš ovarium'o — ovariolizatai, iš pautelių — testolizatai ir t. t.

Buvo pastebėta gerų rezultatų vartojant lizatus gyvulininkystėje. Ovariolizatais pasisekė pakelti vištų dėslumas, mammolizatais — padidinti karvių laktacija, myolizatais — padidinti svoris.

Įvairūs lizatai duoda gerų rezultatų gydant moterų mėnesinių ciklo sutrikimus, įvairias kraujo ligas, epilepsiją, asthma bronchiale. Sekant Tušnov'o tyrimus pasirodė, kad dauguma lizatų pakelia viso organizmo tonus'ą, didina darbingumą ir medžiagų apykaitą.

Dabartiniais laikais neabejojama, kad audinių skilimo produktai nėra vien tik organizmo atmatos; jie, patekę į kraujo apytaką, aktyviai dalyvauja pagrindiniame gyvybės procese — medžiagų apykaitoje, ir savo fiziologine reikšme sulyginami su hormonais ir fermentais.

Kol kas lizatai yra dar laboratorinių tyrimų stadijoje ir kliniškai nevartojami, nes dar nėra tikrų būdų jiems pasto-

vios sudėties gaminti ir jų biologiniam aktyvumui patikrinti. Tačiau reikia tikėtis, kad netolimoje ateityje jie turės didelės ir svarbios reikšmės terapijoje.

Literatūra.

1. Azimov G., Lipčina ir Unik B.: Vlijanije ovariolizatov na jaicenosnost. „Problemy životnovodstva". 1933 m. 4 nr., 84—90 psl.

2. Bauman V.: Vlijanije miolizata na organizm životnogo. „Problemy životnovodstva". 1932 m. 9—10 nr., 86 psl.

3. Gaza: Die Bedeutung der Gewebszerfallstoffe (Autolyzate) fuer das regenerative Geschehen. „Arch. f. Klin. Chir." 1932 m. 121 t.

4. Genes S. G.: Čto takoje lizati i lizoterapija? Serija „Organoterapija praktičeskogo vrača" 1924 m. 2 nr. Izd. Vseukrainskogo instituta endokrinologii i organoterapii. Charkov.

5. Nasvytis Kazys: Ueber Ausloesung von Zellvermehrungen durch Wundhormone bei hoeheren Saeugetieren und dem Menschen. „Deutsche med. Wochenschr." 1922 m. 6 nr., 48 Jahrg.

6. Nemilov A.: Endokrinologija. 1938.

7. Šereševski N. A.: K voprosu o lizoterapii. „Klin. Med." 1933 m. 11—12 nr., 551—558 psl.

8. Tušnov M. P.: Primenenije histolizatov v životnovodstve. „Problemy životnovodstva", 1932 m. 4 nr.

AUTOREFERATAS.

Lysaten

In letzter Zeit befasst sich die Endokrinologie nicht allein mit den aktiven biologischen Stoffwechselprodukten (Hormonen), sondern auch mit den Gewebe-Spaltungsprodukten, die dem Blutstrom zugehen, sogenannten Lysaten.

Bereits im Jahre 1873 lenkte K. Weigert die Aufmerksamkeit auf die aktive Rolle, die den Spaltprodukten im Blutstrom bei der Gewebsneubildung zukommt. Spaeter sind andere Forscher auf aehnliche Beobachtungen gestossen, indem sie auch praktische Tier- und Planzerversuche vornahmen.

Der litauische Arzt Dr. K. Nasvytis (Vilkaviškis) war einer der ersten, welcher entsprechende Versuche an Menschen vornahm. Noch als Student (1922, im Berlin) defibrinierte er Menschenblut, kuehlte es ab und erwaermte es dann wieder bis zur normalen Koerpertemperatur, um es nach 2—4 Stunden demselben Menschen wieder einzuspritzen. Dieses Blut, welches eine grosse Anzahl Spaltprodukte der Blutkoerper enthielt, verursachte schon einige Tage nach den Injektion eine sehr starke Vermehrung der Erythrocyten.

Diese Methode von Dr. K. Nasvytis haben sich japanische Aerzte zu Nutzen gemacht, um die gleichen Versuche nicht nur mit Blut, sondern auch mit anderen Gewebestoffen auszubauen. Diesse Forscher stellten nach Einspritzen von gut zerriebenen Nieren-, Leber- und anderen Geweben in Ringerloesung fest, dass bei groesseren Dosierungen (0,5—1 gr. pro 1 kg. Koerpergewicht) die betreffenden Organe verschrumpften, waehrend sich bei entsprechend kleinen Dosen (0,01—0,05) die Taetigkeit dieser Organe sehr verstaerkte.

Eine einheitliche Herstellung der Lysaten laesst sich noch nicht aufgeben, da man dieselben auf viele Arten gewinnen kann. Aus jedem Organ kann man Lysaten herstellen, wie beispielsweise aus Ovarium — Ovariolysat, aus Hoden — Testolysat etc.

Es hat sich herausgestellt, dass sich z. B. bei Behandlung mit Ovariolysat die Legefaehigkeit der Huehner verstaerkte, bei Behandlung mit Mammolysaten die Milchbildung gehoben wurde. So wurden in der Viehzucht gute Erfolge erzielt.

Wegen des Fehlens einer einheitlichen Herstellungsmethode und der dadurch bedingten Verschiedenheit der Endprodukte wurden aber die Lysaten noch wenig benutzt, auch besonders deshalb, weil dieser Forschungszweig noch nicht abgeschlossen ist und sich z. Zt. noch im Laboratoriumszustand befindet.

Es ist aber schon jetzt mit Bestimmtheit damit zu rechnen, dass die Lysaten schon in naechster Zukunft in der Therapie einen bedeutenden Platz einnehmen werden.

Dr. L. Goldšteinas.

Mažoji diferencinė diagnostika.

V. PNEUMONIA GRIPOSA LOBARIS BILIOSA.

1938 m. gruodžio mėn. 29 d. buvau pakviestas pas ligonį Č., kuris man papasakojo šią savo **anamnezę:**

Per Kalėdų šventes ligonis aplankęs savo draugą jo ūkyje, kuris yra atstu 50 km. nuo Kauno, ir šitą kelionę ligonis atlikęs uždarame automobilyje. Oras buvęs šaltas, minimali temperatūra Kaune ir jo apylinkėse tą dieną buvusi —13°, buvę apsiniaukę, mažai snigę; oras buvęs tylus, nevėjuotas. Vaišingo draugo kompanijoje ligonis daug valgęs ir gėręs.

1938 m. gruodžio mėn. 27 d. 16 val. ligonis pasijutęs blogai, krėtęs šaltis ir vėmęs. Kitą dieną pradėjęs kosėti ir atsikosėjęs kraujuotų skreplių. Savijauta buvusi bloga. Atsiradęs nemalonus skonis burnoje. Ligonis manęs, kad jam šį kartą pakenkęs valgis, todėl priėmęs vidurių paleidžiamųjų vaistų, bet jo savijauta negerėjusi.

Ligonis visada buvęs sveikas, sunkesnėmis ligomis nesirgęs. Prieš keleris metus vienas gydytojas del kepenų ar tulžies sutrikimo pasiūlęs gydytis Birštone. Birštonas paveikęs gerai; ypatingų nusiskundimų iš kepenų pusės toliau nebeturėjęs.

Ypatingos dietos ligonis savo gyvenime nesilaikydavęs. Daug valgydavęs, rūkydavęs ir gerdavęs su malonumu, bet saikingai.

Status praesens. Ligonis, 68 metų amžiaus, baigęs gamtos fakultetą, dabar jis yra vienos įstaigos valdytojo pavaduotojas. Ligonis aukšto ūgio, labai geros mitybos, pikniškai atletiškos konstitucijos.

Apžiūrėjęs ligonį, radau šiuos objektyvius reiškinius:

Temperatūra pažastyse 39°. Tvinksnis — 96, gerai prisipildęs, taisyklingas.

Širdies ribos normalios, širdies garsai aiškūs, ūžesių negirdėti. Kraujoslėgis 150/100.

Plaučiuose rasta štai kas: kairiųjų plaučių apatinės skilties srityje paduslėjimas, ypačiai užpakalinėje dalyje ir aksiliarinėje srityje. Čia pat rasta auskultuojant crepitatio ir bronchophonia. Fremitus pectoralis sustiprėjęs. Kitose plaučių dalyse patologiškų pakitimų nerasta.

Kepenys apčiuopiamos per 1 pirštą žemiau nuo arcus costarum. Kepenų konsistencija normali, ypatingo sukietėjimo arba mazgų nepastebėta. Blužnis neapčiuopiama, perkutuojant nepadidėjusi.

Kitų pilvo srities organų apžiūrėjimas nerodo patologiškų pakitimų. Ascito nerandama.

Ligonio kvėpavimas yra šiek tiek pagreitėjęs, cyanozės nėra. Skleros apygeltonės. Ant lūpos matyti herpes.

Makroskopiškai tiriant skrepliai pasirodę tąsios konsistencijos, su šviesiai raudono kraujo priemaišomis.

Rastieji duomenys rodo, kad mūsų ligonis turi plaučių infiltraciją. Tokių ūmių infiltracijų mes žinome keletą rūšių, iš kurių turime **diferencijuoti** ir nustatyti tikrą ligos diagnozę.

1. Plaučių infiltratas, ūmi pradžia ir kraujo buvimas skrepliuose turi mūsų mintį nukreipti **į plaučių infarktą.** Ypačiai senam žmogui, kuris jau gali turėti širdies patologiškų pakitimų su trombais, tokia liga yra galima. Trombai į plaučius gali taip pat patekti iš periferijos. Jei trombas yra infekavęsis, tai ir temparatūra gali būti. Dažniausiai trombai būna neinfekavęsi ir del to infarktas neduoda didelio karščio. Fiziniai simptomai infarkto atveju gali būti visai panašūs, kaip ir mūsų atveju. O vis delto aš infarktą turiu atmesti, nes daug duomenų kalba prieš, k. a.:

Mūsų ligonis turi sveiką širdį; ir šiaip nepastebėta trombozinių vietų, iš kurių galėtų atsirasti embolas; herpes labialis infarkto atveju nebūna; susirgimas del kelionės žiemos metu šaltame ore taip pat kalba prieš infarktą ir už kitos kilmės susirgimą.

2. Hemoragiškų skreplių mes matome **bronchitis fibrinosa acuta** atveju. Šita liga yra gana reta ir savo pradžia atrodo kaip pneumonia. Bronchitis fibrinosa prasideda audringai su aukštu karščiu, su dyspnoe, su kraujuotais skrepliais. Karštis būna labai aukštas. Bet fiziniai simptomai bronchitis fibrinosa atveju esti nebūdingi. Perkusijos garso pakitėjimo nebūna, aus-

kultacija taip pat duoda maža duomenų: keletas sausų karkalų ir šiek tiek susilpnėjęs alsavimas.

Bronchitis fibrinosa acuta atsiranda del tų pačių priežasčių, kaip ir kiekvienas ūminis bronchitis, disponuotiems žmonėms. Mūsų ligoniui šita diagnozė galima atmesti.

3. Del pilnumo norėčiau čia paminėti taip pat **pneumonia caseosa.** Aš nė valandėlės nesu galvojęs, kad mano ligonis serga tokios rūšies pneumonia. Bet, nenorėdami apsirikti su galutine diagnoze, mes turime viską apsvarstyti. Tik taip galvojant prie ligonio lovos neįvyks siurprizų ir nereikės vėliau pakeisti diagnozės. Būna, kad iš pirmojo apžiūrėjimo, neįsigilinus į diferencinę diagnostiką, nustatome diagnozę, kuri mums iš karto atrodo visai tikra. Tačiau, praėjus kelioms dienoms, įsitikinama, kad buvo apsirikta.

Kiekvienos pneumonijos atsitikimu reikia galvoti apie tuberkuliozinę pneumoniją. Šitos rūšies pneumonija duoda didelį karštį, bet šalčio krėtimas, kuris krupozinės pneumonijos atveju beveik visada būna, čia beveik niekada nepasitaiko. Herpes labialis kazeozinės pneumonijos atveju retai tepasitaiko.

Labai svarbu yra anamnezė. Negalimas daiktas, kad ligonis, sergąs pneumonia caseosa, nebūtų turėjęs anksčiau nusiskundimų del plaučių. Kosulys, subfebrilė temperatūra, sulieséjimas jau anksčiau turėjo būti, nes kazeozinė pneumonija yra aspiracinė pneumonija su tbc. bacilais ir pareina dažnai iš kavernos. Galų gale rentgenas gali visiškai išaiškinti diagnozę: pneumonia cruposa rodo rentgene homogeniška infiltraciją su centrine pradžia, kuri eina į periferiją. Pneumonia caseosa atveju randame infiltratą, kuris susideda iš daugelio atskirų židinių, susiliejančių tarp savęs.

Dar reikia nurodyti, kad ligonis, sergąs pneumonia crouposa, turi visai kitokią išvaizdą, nes jo veidas paplūdęs krauju; pneumonia caseosa atveju veidas būna išblyškęs. Tvinksnis tuberkuliozinės pneumonijos atveju yra žymiai pagreitėjęs.

Nereikės mums daug kalbėti, norint įrodyti, kad mūsų ligonis neserga tuberkuliozine pneumonija: jisai juk anksčiau niekada nesirgęs, jisai yra geros mitybos, anksčiau nekosėjęs, šeimoje taip pat tuberkuliozinių susirgimų nebūta.

4. Susirgimas žiemos metu su plaučių infiltratu, ūmi pradžia, herpes labialis, klasiški fiziniai reiškiniai plaučiuose, k. a., paduslėjimas, crepitatio indux, bronchophonia, — viskas kalba už **lobarinę pneumoniją.**

Bet su šita diagnoze mes dar nebaigiame savo diferencinės diagnostikos nagrinėjimo. Etiologiškai mes žinome įvairių rūšių pneumonijų ir terapiškai ir prognoziškai yra naudinga jos diferencijuoti.

I. **Pneumonia crouposa (lobaris, fibrinosa, genuina)** duoda dažniausiai būdingą ligos vaizdą. Ūmi pradžia su šalčio krėtimu, aukšta temperatūra, herpes nasolabialis, krūtinės skausmai, kosulys su parudavusiais skrepliais, plaučių skilties infiltracija su atitinkamais fiziniais reiškiniais — štai svarbiausieji šitos ligos duomenys. Krupozinės pneumonijos esmė yra jos nepriklausomumas nuo bronchų ir nuo kraujo indų išsišakojimo, ji yra uždegimas, atsiradęs ne bronchiniais keliais, kaip kitos rūšies pneumonijos, ir taip pat ne plaučių kraujo indais. Lobarinė pneumonija greičiausiai atsiranda lymfiniais keliais.

Pneumonia crouposa 80% atsitikimų sukelia vien pneumokokai; kitais atsitikimais galima rasti šitų kokų kombinacija su streptokokais, stafilokokais, bacterium coli; bet ir vien šitos bakterijos gali sukelti krupozinę pneumoniją.

II. Kaip atskirą pneumonijos grupę mes turime laikyti **pneumonia, sužadina Fridlaender'io pneumobacilų.** Šitos pneumonijos ligos eiga skiriasi nuo aukščiau aprašytosios genuininės pneumonijos. Temperatūra čia būna nepastovi, o crouposa atveju esti continua; skrepliai čia būna su daugeliu gleivių, ir, žinoma, juose galima rasti Friedlaender'io pneumobacilų. Radiologiškai plaučiai rodo dėmėtumą infiltrate (fleckige Verschattung), o crouposa duoda homogenišką patamsėjimą. Friedlaender'io pneumonijos atveju bendrinė ligonio būklė yra visada labai sunki, prognozė bloga.

III. Kaip atskira pneumonijos forma laikoma dar vadinamoji **katarinė pneumonija,** kuri atsiranda persišaldžius ir dažnai yra kvėpuojamųjų takų katarinės infekcijos padarinys. Temperatūra šitokių pneumonikų nebūna labai aukšta, dažnai tarp 38°—39°. Kraujas nerodo leukocitozės, o crouposa duoda didelį leukocitų skaičių. Šitos pneumonijos sukėlėjai yra II-X tipo pneumokokai. Pneumonia crouposa atsitikimais randami I—III tipo pneumokokai.

IV. Pagaliau reikia išskirti **pneumonia griposa.** Gripas dažniausiai duoda bronchopneumonijas, bet ir neretai lobarinės, krupozinės formos pneumonijas. Žinomas šveicarų diagnostikas N a e g e l i nurodo, kad gripinės kilmės krupozinės pneumonijos atsitinka ne rečiau kaip gripinės bronchopneumonijos.

Nustatyti gripinę pneumoniją pirmomis ligos dienomis nėra lengva. Ligos eiga vis delto įgalina nustatyti diagnozę.

Temperatūra šitos rūšies pneumonijos atveju nebūna tokia aukšta, kaip genuininės pneumonijos atsitikimu. Tvinksnis būna lėtas ir neatitinka temperatūros. Ligoniai skundžiasi dideliais galvos skausmais. Skrepliai būna kraujuoti. Auskultacija rodo krepitaciją ir bronchinio alsavimo ilgai negirdėti. Šlapimuose randame stipriai teigiamas urobilino ir urobilinogeno reakcijas.

Gripinės pneumonijos prognozė yra rimta. Naegeli rašo, kad šitos rūšies pneumonijos duoda 40% mirtingumą. Dažnai sutinkamos įvairių organų komplikacijos. Liga nesibaigia typiška krize, kaip krupozinės pneumonijos atveju, bet temperatūra krinta liziškai.

Grįšime dabar prie mūsų ligonio. Jisai serga pneumonia, ir mūsų uždavinys dabar yra nustatyti šitos pneumonijos rūšį. Aš iš karto galiu atmesti genuininę pneumoniją del šių priežasčių. Genuininė pneumonija turi labiau audringesnę pradžią, ligoniai jaučiasi žymiai silpnesni. Mūsų ligonis dar dieną prieš mano atlankymą norėjo važiuoti į savo darbo vietą, tačiau savo žmonos buvo sulaikytas. Ir mano apžiūrėjimo metu ligonis sunkiai sergančio žmogaus įspūdžio nedarė. Man taip pat krito į akis tvinksnio lėtumas ir skreplių spalva, kas kalba prieš genuininę pneumoniją.

Jo pneumonija taip pat nėra panaši į Friedlaender'io pneumoniją.

Iš karto negalėjau nustatyti, ar mes čia turime katarinę ar gripinę pneumoniją. Tačiau ligos eiga ir ligonio tolimesnis stebėjimas leido man nustatyti gripinės pneumonijos diagnozę. Jau tos pačios dienos vakare temperatūra buvo tik 37,5°, kitą dieną ji buvo tik vieną kartą 38,5° ir visą laiką buvo tarp 37,8° — 37,0°. Visos dienos skrepliai buvo šviesiai raudoni. Tvinksnis lėtas ir stiprus. Oda ir skleros apygeltonės. Šlapimuose: maža baltymų, keli granuliuoti cilindrai ir teigiamos urobilino ir urobilinogeno reakcijos. Pirmąją ligos naktį buvo smarkūs galvos skausmai. Tolimesnėmis ligos dienomis plaučiuose būklė nepakitėjo. Kairiosios pusės apatinė skiltis ir toliau buvo infiltruota ir čia buvo girdėti vidutinio kalibro karkalų. Bronchinio alsavimo negirdėti, tat rodo, kad infiltruotoje dalyje yra alsuojančių plaučių parenchimos. 7-ą ligos dieną pastebėjau crepitatio tų pačių plaučių viršutinėje skiltyje. Infiltracijos procesas progresavo. Tą pačią dieną atsirado ir daugiau kraujuotų skreplių. Ligonio bendra būklė buvo pusėtina. Širdies būklė gera, krajoslėgis 130/80.

12-tą ligos dieną pastebėjau pas ligonį stiprų bendrą i c t e r u s. Šlapimuose, be urobilinogeno ir urobilino, rasta bilirubino. Nuosėdose rasta taip pat ikteriškai nusidažiusių cilindrų. Oda neniežti. Pakviesti konsultantai (dr. A. ir dr. V., vėliau doc. dr. K. ir dr. V.) turėjo su manimi nustatyti geltligės etiologiją.

Iš kur mūsų ligoniui atsirado icterus? Kurios rūšies icterus mes čia turime? Kurie šito icterus'o santykiai su plaučių uždegimu? Ar mes čia turime pneumonijos komplikaciją ar paraleliai vykstančią ligą? Į šituos klausimus reikėjo duoti atsakymas.

1. Ar galima prileisti mintis, kad ligonis kartu su savo pneumonija susirgo **icterus catarrhalis simplex?**

Kad icterus catarrhalis pasitaiko po dietetinio sutrikimo, yra mums žinoma. Po iškilmių, po švenčių, kai ligonis gardžiai ir daug prisivalgo, ypač konservų ir mėsiško valgio, pastebima šita liga. Icterus catarrhalis prasideda ūmai su vėmimu ir diarrhoea. Geltonumas jau pirmomis ligos dienomis pasiekia savo kulminacinį punktą. Šlapimuose randame urobilino ir urobilinogeno, maža bilirubino. Būna odos niežėjimas. Kepenys padidėjusios.

Ir mūsų ligoniui liga prasidėjo švenčių metu, viešint pas savo draugą. Ar buvo kartu su plaučių uždegimu ir icterus catarrhalis?

Aš turiu atsakyti, kad ne. Svarbaus momento stinga, kad galėčiau prileisti šitą galimumą. Tas momentas yra geltligės atsiradimas 12-ą ligos dieną, ko icterus catarrhalis atveju nebūna. Tiesa, ligonis nuo pirmųjų ligos dienų rodė subicterus, bet šitokis reiškinys dažnai pneumonijos atsitikimais pasitaiko ir jam neskiriama ypatingos reikšmės. Yra visai suprantama, kad pneumonija, kuri yra ne vietinė liga, o bendrinė kūno infekcija, sukelia lengvą hepatitą. Gal būt, kad toks subicterus yra kraujo kūnelių griuvimo plaučiuose padarinys. Šiaip ar taip, icterus catarrhalis atveju turime jau pirmosiomis ligos dienomis stiprų ir ryškų icterus'ą.

2. Mes turime toliau išspręsti klausimą, gal mūsų ligonio icterus yra **mechaniškas, kaip cholelithiasis'o padarinys.** Anamnezė kalba prieš šitą galimumą. Ligonis anksčiau tulžies akmenų priepuolių neturėjęs, taip pat ir dabartinis icterus vyko be priepuolio, kas akmenligės atveju pasitaiko retai. Kad mechaniškas icterus atsirastų kaip tik pneumonijos atsitikimais, yra nežinomas dalykas. Kepenų ir tulžies pūslės palpatio dar nedavė jokio panašumo į cholecystitą arba cholelithiasis'ą. Todėl mes turime šitos rūšies mechanišką icterus'ą atmesti.

3. Dar svarstytinas **mechaniško icterus'o** atsiradimas karcinomos atveju. Pirminė tulžies takų karcinoma, taip pat karcinomos metastazės tulžies takuose, gali sukelti icterus'ą. Šitokis icterus gali, kaip mūsų ilgoniui, kartais staiga intensyviai pasireikšti. Tačiau mes neturime jokių duomenų šitokiai diagnozei patvirtinti, nes palpatio karcinomos atveju duoda dažnai teigiamą rezultatą. Be to, ligonis nėra kachektiškas, jo išvaizda gera. Lymfinių liaukų padidėjimo nerasta.

4. Parenchiminis kepenų pakenkimas atsiranda ir **apsinuodijus grybais.** Čia tuojau pastebimas sunkus icterus ir liga apskritai turi audringą pradžią ir duoda sunkų intoksikacijos vaizdą. Mes galime savo ligoniui drąsiai atmesti šitą galimumą,

nes ligos anamnezė kalba prieš tai, ir iš viso intoksikacija grybais kitiems šeimos nariams nebuvo pasireiškusi.

5. Galima būtų mūsų diferencinės diagnostikos negrinėjimas vesti dar toliau ir apsvarstyti visi žinomi kepenų susirgimai, tiek ūmūs, tiek ir chroniški. Iš tikrųjų, kiekvienu icterus'o atsitikimu reikėtų galvoti apie visas šitas ligas. Tačiau mūsų atsitikimu plaučių infiltracinis procesas turi likti susidomėjimo centre. Mes del to nenagrinėsime toliau chroniškų kepenų susirgimų diferencinės diagnostikos, nekalbėsime apie visas kepenų cirrhosis formas, praleisime syfilinius kepenų susirgimus, neminėsime cholangitinių kepenų procesų, taip pat nesvarstysime kepenų absceso diagnostikos ir icterus infectiosus (Weil'io liga). Pneumonijos kombinacija su icterus'u turi mūsų mintį nukreipti į hepatitą, kuris dažnai pasireiškia įvairiausių infekcinių ligų atveju. Icterus mažesnio ar didesnio laipsnio mes sutinkame typhus abdominalis, paratyphus, erisypelas, skarlatinos ir pagaliau pneumonijos atsitikimais. Visais šitais atsitikimais mes turime reikalo su toksiniu hepatitu, kuris gali sukelti kepenų ūminę atrofiją.

Icterus pneumonijos **(pneumonia biliosa)** atveju yra sunkios infekcijos reiškinys. Subicterus pneumonijos atveju gana dažnai pasitaiko ir yra hepatito reiškinys. Stipraus icterus'o pneumokokinės pneumonijos atsitikimu nebūna ir tokia pneumonia biliosa yra kitų bakterijų padarinys. Kepenyse tokiais atsitikimais randama kepenų parenchimos nekrozė, tulžies takų trombų ir sugriuvusių tulžies takų kapiliarų.

Visa tat turėdamas galvoje, savo ligoniui nustačiau šitokią diagnozę: **Pneumonia lobaris gripposa biliosa.**

Epilogas.

Ligonio būklė per kitas ligos dienas negerėjo. Šlapimuose rasta baltymų, granuliuotų cilindrų, daug bilirubino, urobilino ir urobilinogeno. Cirkuliacinio aparato veikimas buvo pusėtinas, kraujoslėgis 130/100. Tvinksnis lėtas, bet pusėtinai stiprus ir taisyklingas. Išmatos buvo kartais visiškai acholiškos, kartais vis delto nusidažiusios, kas rodo tulžies takų nevisišką užsikimšimą.

Nepaisant visų pastangų ir gydymo vynuoginiu cukrumi bei insulinu, ligonio būklė ir toliau negerėjo. Per visą ligos eigą ligonis skundėsi sunkumu skilvyje ir kepenų srityje. Plaučių infiltracija, kad ir neprogresavo, bet ir infiltracijos nykimo nebuvo pastebėta. Ligonis sausio mėn. 14 d. rytą buvo nugabentas į ligoninę.

Sausio mėn. 15 d. vakare aš kartu su ligoninės gydytojais ligonį peršviečiau (rentgeno spinduliais): buvo rastas dešiniųjų plaučių beveik visiškas užtemimas.

Šlapimų tyrimas ligoninėje rodė urobilino ir urobilinogeno nebuvimą, teigiamą tulžies pigmentų reakciją ir teigiamas leucino ir tyrozino reakcijas. Kraujoslėgis ligoninėje krito iki 90/55 ir 80/55. Temperatūra normali, resp. labai žema.

Taigi, kepenų griuvimo procesas, nepaisant visų pastangų, toliau progresavo. Mes turėjome dabar visišką sunkaus hepatito vaizdą, kaip lobarinės pneumonijos padarinį. Galimas dalykas, kad infekcija pataikė į del kitų priežasčių susilpnėjusias kepenis ir dėl to atsirado tokis sunkus hepatitas. Anatomiškai tokiais atsitikimais randame kepenų narvelių visišką nekrozę ir šitoks vaizdas yra panašus į atrophia hepatis fusca ac. Apskritai atrophia fusca nėra atskiras vienetas, bet paskutinė kurios nors kitos ligos stadija. Kiekvienas hepatitas gali baigtis šitokiu būdu: icterus catarrhalis gravis, syfiliškas icterus, icterus gravidarum, icterus skarlatinos, sepsio, šiltinės ir Weil'io ligos atvejais gali baigtis atrophia acuta hepatis.

Sausio mėn. 16 d. 16 val. 21-mą ligos dieną po tylios komos įvyko exitus letalis.

Žiauri mirtis sunaikino vertingo žmogaus gyvybę, ir visos gydytojų terapinės pastangos nuėjo niekais. Gripinė pneumonija visada duoda didelį mirtingumo procentą, o prieš biliarinę pneumoniją esame beveik bejėgiai.

Un peu de diagnostic differentiel. V. Pneumonie lobaire grippeuse à forme icterique.

Résumé.

Il s'agit ici d'un cas d'une infiltration aigue des poumons. Nous faisons le diagnostic dtfferentiel entre les maladies suivantes: infarctus des poumons, bronchite fibrineuse, pneumonie caseuse, pneumonie lobaire. Parmi le pneumonies lobaires ou distingue les formes suivantes: pneumonie à pneumocoques, pneumonies à bacille de Fridlaender, à congestion pulmonaire et pneumonie à forme grippeuse.

Referatai.

VIDAUS LIGOS.

10. G. Bauer, W. Vorwerk: **Beitrag zum Vitamin C-Defizit bei Lungentuberkulösen.** („Beitr. Klin. der Tbc." 1938 m. 91 t., 262 p.).

Tuberkuliozinių ligonių C-vitamino deficitas ir paros sunaudojimas tyrinėtas dichlorphenol-indophenol'io metode. Askorbininė rūgštis duota cebion'o tablečių pavidalu. Pastebėtas greitas tų tablečių tirpimas.

Parai buvę suvartojama 40—100 mg. Deficitas rastas 1.000—4.000 mg. Nė karto nerasta C-vitamino užsilaikymo, net lengvai sergantiems ligoniams. Tarp tuberkuliozės aktyvumo, kraujo sėdimo greičio ir deficito didumo pastebėtas sąsyjis. Atrodo, kad tik proceso aktyvumas, o ne išsiplėtimo ir sunkumo laipsnis lemią didesnį C-vitamino deficitą. Aktyvumą apibūdinanti ir kraujo sėdimo reakcija, todėl jos greitis atitinkąs deficito didumą.

13 pacientų, turėjusių sėdimą iki 15 mm., deficitas buvęs palyginti nedidelis, apie 1.500 mg., jų tarpe buvę įvairaus laipsnio džiovininkų. Sveiko, taip pat mintančio žmogaus deficitas rastas apie 600 mg. Vienam pacientui, turinčiam perihilus'inį infiltratą, sėdimas buvęs 14 mm., bet deficitas siekęs 6.400 mg.

Kiti pacientai, turėję sėdimą, didesnį kaip 15 mm., ir deficitą turėję net 2.450 mg. vidutiniškai. Skirtumas pareinąs nuo proceso aktyvumo, nes aktyvesnis procesas daugiau sunaudojąs C-vitamino. Jei C-vitaminas būtinas apsaugai nuo ligos, tai, sustiprėjus kovai tarp kūno ir ligos, ir C-vitamino apykaita pakylanti.

C-vitamino gydomajam veikimui ištirti autorius neturėjęs galimumo, nes pacientai jo įstaigoje per trumpai buvę laikomi. Tačiau patyręs, kad C-vitaminas gelbįs tokiose ligos formose, kur apskritai bendros būklės pagerinimas gelbįs prognozei. Bendros būklės, taip pat ligos proceso gerėjimas buvęs tikrinamas svorio, sėdimo, kraujo vaizdo, karščio ir skreplių kontrole.

Paciento savijauta labai svarbi tokiai ilgai ligai, kaip tuberkuliozė, gydyti. C-vitamino įtakoje ji labai dažnai pagerėjanti. Stebėtina, kad, tik prisotinus organizmą C-vitaminu, ligoniai patys savaime pranešdavę, kad jaučiąsi daug geriau. Panašus reiškinys pastebėtas ir sveikiesiems. Paradentozė, dantų smegenų kraujavimai, pasitaikę prieš gydymą, davus C-vitamino, greitai pranykdavę, mat tie reiškiniai sudarą C-hipovitaminozės vaizdą. Keli pacientai, linkę viršutinių alsuojamųjų takų katarams, pasijutę geriau ir toliau peršalimo ligų nebeturėję.

11 pacientų, turėjusių aukštesnę ar subfebrilę temperatūrą, greitai pradėjus duoti C-vitamino, nustoję karščiavę, nors prieš tai griežtas lovos režimas karščiavimo nepaveikęs. 8 iš 11 kraujo sėdimas sulėtėjęs, 9 priaugęs svoris. 3 iš 10, turėję skrepliuose bacilų, likę be bacilų; kitų 4 skreplių kiekis sumažėjęs. Kraujo vaizdas visų pagerėjęs.

Vienam pacientui, turinčiam t° 38 ir aukščiau, jau C-vitaminu prisotinimo dieną t° kritusi iki normos ir nuo to laiko ėmusi būklė gerėti. Kitas pacientas, turėjęs plaučių džiovą ir krūtinkaulio fistulę ir iki šiol karščiavęs, pasotinus jo 3.000 mg. deficitą, nustojęs karščiavęs, ėmęs taisytis, atsiradusi lymfocitozė, pagerėjęs kraujo sėdimas, sumažėjęs pūliavimas. Susidaręs įspūdis, kad čia pagelbėjęs C-vitaminas. Džiovininkui, turinčiam neryškų diabetą, kraujo cukrus nuo 250—270 mg. %, davus C-vitamino, kritęs iki 200—170 mg. %.

Autoriaus stebėjimai dar neduodą pagrindo galutinai spręsti apie C-vitamino gydomąją vertę, tačiau aiškiai parodą, kad jis turįs tam tikrą nespecifišką veikimą. Ar jis turįs ir specifinės antituberkuliozinės galios, galima būsią spręsti tik toliau patyrinėjus. *P. Baublys.*

11. R. Magnusson: **Tuberkulose in den Diaphysen der langen Röhrenknochen.** („Acta Orthopaedica Scandinavica". 1935. vol. VI).

Autorius turėjęs 30 atsitikimų ilgųjų kaulų diafizių tuberkuliozės, 23 asmenims per penkerius metus savo sanatorijoje. Ilgųjų kaulų diafizių tuberkuliozės atsitikimai sudarę 1,08% visų tuo metu gulėjusių toje sanatorijoje su kaulų ir sąnarių tuberkulioze.

Minėtieji 23 asmenys, sergą ilgųjų kaulų diafizių tuberkulioze, pagal amžių ir lytį šiaip buvę skirstomi:

Amžius	Vyrai	Moterys
0—5 metų	4	3
6—10 „	3	1
11—15 „	2	—
16—20 „	4	—
21—25 „	2	—
26—30 „	2	—
31—48 „	2	—

Ilgųjų kaulų tuberkuliozės lokalizacija pagal įvairius autorius esanti įvairi. Pagal Magnusson'ą ji atrodo šitaip:

Humerus	1	Femur	9
Radius	5	Tibia	8
Ulna	4	Fibula	3
		Iš viso	30

Iš turėtųjų 30 atsitikimų diafizių tuberkuliozės, Magnusson suskirsto juos į 4 grupes: 1) Apibrėžti metafizių tuberkuliozės židiniai; 2) periostinė tbc. forma; 3) osalinė tbc. forma, ir 4) tuberkuliozinis osteomyelitis. Ribos tarp minėtųjų keturių tbc. formų nėsančios ryškios. Metafizių židiniai, ypač tie, kurie su sąnarių simptomais eina, esą reikalingi ankstybos operatiškos terapijos, o ypač tais atvejais, kur yra sekvestracija. Po operacijos labai greitai pranykstą sąnarių reiškiniai. Periostito gydymas esąs konservatiškas. Dalis tbc. periostito atsitikimų davusi miliarinę diseminaciją. Trys osteomyelito atsitikimai buvę gydomi pagalba subperiostinės rezekcijos, po kurios dviem atsitikimais ėjęs greitai masyvus kaulo atsistatymas iš periosto, o vienu atveju labai iš lėto.

T. Šiurkus.

12. C. Mawson (Reading): **Investigation of a case diagnosed as renal scurvy.** (Inkstų kilmės skorbuto diagnozuotas atsitikimas) („The Lancet". 1938 m. 5981 nr.).

Moteris serganti išsekimu ir dantų smegenų kraujavimu jau dvejus metus. Nėštumas, kurio metu jos būklė pablogėjusi, ir ji buvusi atgabenta į kliniką. Nepaisant, kad ji gaudavusi maistą su C-vitamino perteklium ir buvęs normalus jo išskyrimas su šlapimais, vis delto jos kraujo plazmoje buvę rasta tiktai 60% normalaus askorbininės rūgšties kiekio. Davus 600 mg. C-vitamino jo kiekis kraujo plazmoje pasiekęs normalų kiekį, o šlapimuose askorbininė rūgštis išsiskirdavusi greičiau ir didesniu kiekiu negu normaliai. Davus kasdien po 500 mgr. C-vitamino per 12 dienų, askorbininės rūgšties turinys kraujo plazmoje išsilyginęs ir ligonės būklė pagerėjusi. Ligonė turėjusi iškeliauti, todėl jai pasiūlyta vartoti per mėnesį kasdien 2 kartu po 2 tabl. redoxon'o, o vėliau ryte ir vakare po 1 tabl. Autoriaus nuomone šituo atsitikimu buvusi perdaug žema inkstų riba išskiriamai askorbininei rūgščiai. *T. Goldbergas.*

13. Bonardi (Ajacio): **Une auto-observation patriculièrement intéressante.** (Ypačiai įdomus autostebėjimas) („Le Courrier Médical". 1938 m. 37 nr.).

Autorius nuo 1917 m. sergąs skrandžio negalavimu. 1936 m. buvęs nustatytas ulcus gastroduodenale. Kadangi priepuoliai nepaisant griežtos dietos nesiliovę, o vis kartojęsi po trumpų protarpių, tai autorius nusprendęs 1937 m. skausmų priepuolio metu išmėginti larostidin'ą (Roche).

Skausmai jau po pirmosios larostidin'o injekcijos vakarop liovęsi, kas autorių be galo nustebinę ir kartu nuliūdinę, kad be reikalo kentėjęs ilgus metus. Pradedant nuo 7-osios injekcijos ligi 12-osios injekcijos vėl pasireiškę smarkūs skausmai, del ko autorius jau norėjęs atsisakyti nuo gydymosi larostidin'u, tačiau pirmykštis nusistatymas pasidaryti visą 21 injekcijos kursą paėmęs viršų. Pradedant nuo 12-osios injekcijos skausmai visiškai liovęsi ir daugiau nebegrįžę nepaisant, kad nesilaikyta dietos (alkoholio autorius nevartojąs). Ligonis rūko 15—20 papirosų per dieną. Be to, psoriasis'o dėmės, kurios pirmiau pasirodydavusios kartas nuo karto, dabar gydant larostidinu taip pat pranykusios.

T. Goldbergas.

VAIKŲ LIGOS.

4. L. F. Meyer, P. Robinson: **Über Vitamin-C-Haushalt des gesunden und kranken Kindes.** („Jahrb. f. Kinderhlk" 1939 m. 152 t., 282 p.).

Del C-vitamino kiekio, reikalingo kūdikiui, esama įvairių nuomonių. Vieni nurodo, kad reikalinga 50 mg. dienai, kas atitinka krūties kūdikio gaunamą kiekį. Dirbtinai maitintas kūdikis turėtų gauti dar 20—40 mg. daugiau. Kitų nurodoma, kad C-vitamino atsargos, atsinešamos gemant, pakanką maiste 10 mg. dienai, ar tik 1—2 šaukštai vaisių sunkos 3—6 mg.). Norint tiksliai ištirti C-vitamino apykaitą, reikią tyrinėti jo kiekis, išskiriamas paros metu su šlapimais, jo kiekis kraujyje, taip pat surastinas reikalingas kiekis apkrovimo bandymu.

Išskyrimas pareinąs nuo teikimo. Tirtų vaikų ir kūdikių (Palestinoje, Jeruzalėje ir Tel-Avivo miestuose) išskyrimas buvęs visiškai mažas vasarą ir didesnis žiemos metu, kai rinkoje buvę atpigusių apelsinų ir citrinų. Apkraunant dieniniu 100 mg. daviniu Jeruzalės senamiesčio vaikai vasarą reikalavo 500 mg., žiemą tik 350 mg. Labiau pasiturinčių naujamiesčio gyventojų vaikai vasarą reikalavę 350 mg., žiemą jų organizmas rastas prisisotinęs C-vitamino.

Askorbininės r. koncentracija kraujyje senamiesčio vaikams nebuvusi didesnė kaip 2,5 m. ‰. Kiti autoriai net skorbuto atveju radę daugiau negu mg. ‰. Tat neturį didelės reikšmės. Kraujyje askorbininės r. galį būti ir daugiau, bet audiniams nepakenkti.

Karščiuojančiam vaikui pneumonijos, empyemų ir kitų sunkių ligų atvejais nepavykę susekti didesnio C-vitamino pareikalavimo ir suvartojimo. Tačiau tat nepaneigią terapinių C-vitamino indikacijų. C-vitaminas turįs tam tikrą biologinę įtaką antigenių-antikūnių reakcijai; pakankami jo kiekiai karščiuojančiam turį būti duodami.

Sunkių viduriavimų atveju per os duodamas C-vitaminas galįs neveikti. Dalis jo galinti būti suardyta, ar kokybiškai pakenkta, kad galėtų pakliūti į kraują. Parenterališkai įvestas vitaminas visiškai sunaudojamas.

Aliment. toksikozės atveju ir į veną įvestas C-vitaminas greitai išskiriamas su šlapimais, nes pakenktos celės nebegalinčios jo pasisavinti. Tokios toksikozės, kur C-vitaminas nenulaikomas, duodančios blogą prognozę. Jei celės dar sugeba surišti C-vitaminą ir, suleidus jį parenteraliai, dalis kūne paliekanti, tada toksikozės prognozė esanti geresnė.

P. Baublys.

5. S. Blazso: **Zum Schwefel und Eiweisstoffwechsel des natürlich und künstlich ernährten Säuglings.** („Jahrb. f. Kinderhlk." 1939 m. 152 t., 302 p.).

Karvės ir moters pieno sudėties tyrimai kaskart rodą vis daugiau cheminių ir fizinių-cheminių skirtumų. Seniau patirta, kad moters pienas turįs daugiau albumino, karvės — daugiau kazeino. Kazeino sunaudojimas blogesnis ne del jo rezorbcijos, bet del apykaitos priežasčių.

Autoriai, tirdami sieros apykaitą, stengęsi susidaryti dirbtinai ir krūtimi maitinamų kūdikių baltymų apykaitą.

Patirta, kad karvės piene sieros esą tiek pat, kiek moters piene, nors baltymų ir du kart tiek. Krūtimi maitinamas kūdikis rezorbuojąs beveik visą sierą, net 90%. Viso baltymo, ištyrus N. balansą, rasta mažesnė retencija. Iš to daroma išvada, kad žinduko organizmas pirmiausia rezorbuojąs jam reikalingesnius, turinčius sierą baltymus, o paskui tik kitus. Mišriai maitintas kūdikis rezorbuojąs tiek pat sieros, bet užlaikąs 10% mažiau. Karvės pienu maitinto kūdikio sieros rezorbcija tokia pat, bet retencija dar mažesnė.

Tie tyrimai parodę dar nežinotą dirbtinio ir natūralaus kūdikio maisto skirtumą, kad kūdikio organizmas karvės pieno baltymų sieros

sunaudojąs mažiau negu moters pieno baltymų. Taigi, krūtimi ir dirbtinai maitintų kūdikių baltymų apykaita rodanti kokybinį skirtumą.

P. Baublys.

6. Guthof, Zimmermann: **Untersuchungen über die immunisatorische Auswirkung der aktiven Schutzimpfung gegen die Diphterie speziell bei Kleinkindern.** („Kinderärzt. Prax." 1939 m. 3 s., 118 p.).

Aktyviam immunizavimui patikrinti vartojama Schick'o reakcija nėsanti labai tiksli. Manoma, kad šita reakcija būnanti neigiama, kai kraujyje yra ne mažiau kaip 0,02 antitoksinių vienetų (A. E.) kūbiniame centimetre. Tačiau ir nuo mažesnės antitoksino koncentracijos Schick'o reakcija galinti išeiti neigiama.

Imunitetas labiausiai pareinąs nuo kraujo antitoksino kiekio. Todėl norint patikrinti, ar pavykę skiepijimu imunizuoti, reikią ištirti antitoksino kiekis prieš ir po skiepijimo. Statistinis būdas galįs duoti bendrą skiepijimo reikšmės vaizdą, lyginant epidemiologiškai skiepytųjų ir neskiepytųjų sričių susirgimus. Šita metodė galinti duoti daug klaidų.

Užsienių autoriai, skiepydami adsorbuotą toksoidą 80—99,5%, jau po vieno skiepijimo gavę neigiamą Schick'o reakciją. Vokiečių autoriai patyrę, kad vieno skiepijimo negana. 1937 m. valdžios nustatyti du skiepijimai su 4 sav. tarpu.

Autoriai aliuminio adsorbuotu formoltoksoidu Behring'o Al. F. T. įskiepiję 94 prieglaudos vaikus 1—6 m. amžiaus.

Ištyrus neskiepytų vaikų antitoksino titrą, rasta, kad visi vaikai iki 4 m. praktiškai neturį pakankamai antitoksino ir esą neatsparūs difterijai.

Suleidus 0,5 ccm. Al. F. T. tik 29,1% po 4 savaičių gavę imunitetui reikalingą 0,05 A. E. titrą. Kitų nuomone imunitetui pakanką 0,02 A. E.; tokį titrą gavę 30,9%.

Suleidus 0,5 ccm. preparato du kartu 0,05 A. E. titrą gavę 60,5% ir 0,02 A. E. — 77,6%.

Kartu leidžiant ir antitoksinį serumą, toksoido veikimas nesikeičiąs. Tačiau pasyvus imunitetas nepereinąs iš karto į aktyvų. Liekąs 4 savaičių tarpas, kurio metu organizmas esąs be apsaugos. Skiepijimo reakcijos stiprumas nereiškiąs, kad imunitetas stipresnis ir antitoksinis titras aukštesnis. Reakcijos stiprumas pareinąs nuo toksoide esančių bacilų baltymų kiekio ir atskiro individo alerginio bacilų baltymui jautrumo.

P. Baublys.

CHIRURGIJA.

7. Doc. R. Reding: **Welche allgemeinen Ergebnisse des Krebsforschung muss der praktische Arzt kennen?** („M. m. W." 1939 m. 2 nr.).

Autorius nurodo, kad gydytojui praktikui svarbu nustatyti ankstyvoji vėžio diagnozė, ir kad todėl anksti būtų griebtasi tinkamo gydymo. Toliau, kad gydytojai neišrašinėtų tokių vaistų, kurie padeda vėžiui atsirasti. Pagaliau, kokie veiksniai prisideda, esant tam tikram patologiškam polinkiui kasdieniniame gyvenime, vėžiui atsirasti ir vystytis.

Pirmasis punktas yra aiškus savaime ir jo išpildymas pareinąs nuo gydytojo išmokslinimo

Del antrojo punkto esą žinoma iš įvairių tyrimų, kad tam tikros medžiagos sukeliančios vėžį. Jų atrandama kaskart daugiau. Prie tokių medžiagų pirmiausia priklauso degutas, kreozotas ir jų derivatai. Toliau, kaip vėžio sukėlėjas esąs žinomas nevisai chemiškai grynas ol. paraffini, kuris kartais vartojamas kaip laxans. Burrow, Kenneway ir kiti susekę, kad, pelėms panaudojant didesnį kiekį folikulino, per ilgesnį laiką atsirandanti carcinoma mammae. Kastruotos pelės ca negaudavusios. Autorius persergsti, kad analogiškai galinti ca atsirasti ir moterims nuo ilgo folikulino vartojimo didesnėmis dozėmis. Fischer-Wasels, Kholdin

ir kiti, eksperimentuodami su gyvuliais, duodami ilgesnį laiką arseniko, sukeldavę odos vėžį. Eksperimentai pavykdavę vartojant arseniką tik neorganiniais junginiais iš odos hiperkeratozių. Baader Reichenstein'o apylinkėse, kurios turtingos arsenu, susekęs didelį procentą sergančių vėžiu. Autorius persergsti vartoti ilgesnį laiką arseniko preparatus neorganinių junginių pavidalu. Apie vėžio atžvilgiu radioaktyvių medžiagų pavojingumą rašęs 1936 m. Laborde „Presse médic." Be jo, dar ir Roussy, Oberling ir Guérin pastebėję, kad thorotrast, pavartotas injekcijų pavidalu, pelėms, galįs sukelti vėžį: iš 17 pelių 11 susirgusios. Autorius taip pat siūlo atsargiai vartoti ir tik esant tikroms indikacijoms, A_1-, B_2-, C- ir D-vitaminus, nes ir jie esą neindiferentūs vėžio atžvilgiu, tik galutinai neištirti.

Iš kasdieninio gyvenimo reiškinių autorius įrodinėja, kad mėginamoji įtartinos liaukutės ar naviko ekscizija nėsanti nepavojingas dalykas. Po tokios ekscizijos dažniausiai atsirandančios metastazės, piktybinis, pagreitėjęs augimas. Tat patvirtinę Soboleva, Polyakov ir kiti autoriai. Siūlo tokias ekscizijas daryti tik tada, kai galima greit radikaliai operuoti. Įeinantis į madą nusideginimas saulės spinduliais taip pat padedąs vėžiui vystytis, net odos ca būnanti ant tų vietų ir tiems žmonėms, kurie daugiausia saulei eksponuoti. Tokių rezultatų priėjęs ir Rofo eksperimentuodamas su pelėmis.

Apie kancerogeninį tabako veikimą jau daug buvę rašyta, tik Rofo susekęs, kad vėžį sukeliąs ne nikotinas, bet policikliniai angliavandeniai phenantren'o grupės. Be to, tabake esą deguto, kuris pelėms greit sukeliąs vėžį. Užterštas benzolio, benzino, mazuto ir kitais naftos destiliacijos produktų garais oras galįs sukelti odos ir alsavimo takų vėžį, kaip kad atsitinką darbininkams, kurie turi reikalo su šitais produktais.

J. Elvikis.

8. Dr. S. Kuwabara ir Dr. Sh. Ishiyama (Tokio, Japonija): **Ei Fall von elephantiasisartiger verbreiteter Hautverdickung infolge Krebsmetastase.** („Zbl. Chir." 1939 m. 5 nr., 236 psl.).

Nurodydami tą faktą, kad vidaus organų vėžys nelengva diagnozuoti del to, kad šita liga dažnai neduoda pastovių simptomų, autorius aprašo vieną atsitikimą, kur del neišaiškinto kažkurio vidaus organo karcinomos metastazių į paodį išsivysčiusi bendra elefantiazė; ir, tik šią tiksliai ištyrus, tepaaiškėjusi tikroji liga.

Tam atsitikimui buvo būdinga, kad, be kelerių metų užtrukusio sauso nepagydomo kosulio ir lengvo dyspnoe, ligonė neturėjusi jokių kitų subjektyvių nusiskundimų. Ilgainiui ligonei pasirodę kaklo ir vėliau kitų kūno dalių minkšti neskaudami sustorėjimai, kaip būna elephantiasis sergant. Plaučius objektyviai tiriant rasta šiurkštus alsavimas ir švilpimas dešiniuosiuose plaučiuose ir rentgenologiškai dešiniojo hilus'o be aiškių ribų padidėjęs patamsėjimas. Kituose organuose ir kauluose jokių liguistų pakitimų nebuvę rasta. Biopsijos pagalba ištyrus mikroskopiškai, paaiškėję, kad tat yra vėžys, kurio celės užkimšusios lymfinius ir veninius indus, ir tuo būdu buvęs gautas elephantiasis.

K. Gudaitis (Klaipėda).

9. Dr. K. Kamniker: **Ein Fall von Fremdkörperappendicitis** („Zbl. Chr." 1939 m. 4 nr., 189 psl.).

Autorius aprašo apendicito atsitikimą, kuris buvęs sukeltas 8 šratų. Ta proga nurodo, kad appendicitis del svetimkūnių palyginti labai retai tepasitaikąs. Taip, pvz., Mathes Heidelbergo klinikoje per 64 m. teradęs tik 7 svetimkūnio apendicitus. Šituo atsitikimu šratai patekę tuo būdu, kad ligonė, turėdama inkstų skausmus, girdėjusi, jog nuo tos ligos (inkstų) gerai veikianti voverių mėsa. Ligonė suvalgiusi 4—5 nušautas voveres. Mananti, kad su voverėmis nurijusi ir šratus. Šratai svėrę 2,01 gr. ir tu-

rėję apie 92,7% švino. Autorius mano, kad appendix, panašiai kaip ureteris, stengiasi peristaltikomis pašalinti svetimkūnius, del to atsirandą skausmai. *K. Gudaitis* (Klaipėda).

10. Shigco Nagura (Japonija): **Zur Sterilisationsfrage von angeborener Hüftverrenkung.** („Zbl. Chir." 1939 m. 4 nr., 187 psl.).

Ortopedų kongrese 1936 m. Karaliaučiuje iškilusios dvi griežtai priešingos nuomonės, ar coxa vara congenita laikytina paveldima liga ar vėlesne displazija. Gangele pasisakęs griežtai prieš veldinybę; čia galis būti įgimtas išsivystymo trūkumas, ir del to Vokietijoje veikiąs sterilizacijos įstatymas šituo atveju netaikytinas. Man, priešingai, laikęs tą ligą endogeninės kilmės displazija ir todėl paveldimu trūkumu, del to ta liga sergantiems kaip menkesnės vertės (Minderwertigkeit) Vokietijos sterilizacijos įstatymas taikytinas.

Autorius nurodo literatūrą ir remiasi savo patyrimu, kad šita liga dažnai spontaniškai išgyjanti. Autorius mano, kad pirmiau įvykstąs sąnario išnirimas, o vėliau del raumenų tempimo ar nenormalios kojos kaulo padėties išsivystanti to sąnario hipoplazija arba displazija, taigi ta liga nieko bendro neturinti su endogenine displazija arba paveldėjimu.

K. Gudaitis (Klaipėda).

UROLOGIJA.

3. P. Verrière (Lyonas): **Uretères forcés. Reflux urétérovésical après pénétration de liquide caustique dans la vessie.** (Refluxus ureterovesicalis, ėdžiam skysčiui patekus į šlapiminę pūslę) („J. d'Urol." 46. 3).

Aprašomi 3 atsitikimai, kur buvęs gautas refluxus ureterovesicalis:

I atsitikimas. 16 mt. mergina, prieš švirkšdamasi į makštis (vaginą), pamiršusi iš guminio vamzdžio išleisti išorėn koncentruotą dezinfekcinį skystį, kuris netyčia patekęs į šlapiminę pūslę, apie ką ligonė nutylėjusi. Kliniškieji simptomai namie davę apendicito priepuolio vaizdą. Klinikoje priepuoliai buvę iš dešinės pilvo srityje su vėmuliu, prie kurių prisidėję simptomai ir iš šlapiminių organų (tenesm'ai, pollakiuria, smarkūs skausmai besišlapinant, kraujingi šlapimai). Preliminarinė diagnozė: nephrolithiasis dextra. Rentgenas neigiamas. Šlapimuose: bacter. coli +. Vaistų instilacija į pūslę pabloginusi padėtį. Pagerėjimas gautas nuo vidinių vaistų (methylenum coeruleum), diurezės ir raminamųjų supozitorijų. Tiktai įtarus ligonę mėginus darytis abortą, paaiškėjęs faktas, kad ėdus skystis netyčia patekęs į šlapiminę pūslę. Kystoradiografija nustačiusi (po kystoskopijos) refluxus vesicoureteralis dexter, pranykęs po 2 mėnesių kartu su skausmais raminamosios terapijos įtakoje.

2 atsitikimas — tentamen abortus faciendi pas silpnaprotę moterį, pasibaigęs taip pat ėdaus skysčio patekimu į šlapiminę pūslę. Čia diagnozė buvusi nustatyta po to, kai po operacijos colporrhaphia anterior ir musc. sphincter vesicae rekonstrukcijos pagal Marion'ą, padarytos del kystokelė ir urethrokelė, ligonei vis delto likę kystitis ir tenesm'ai. Po operacijos padarytoji kystoskopija nustačiusi pūslės talpumo sumažėjimą su mucosa vesicae sužalojimu ir abiejų orificia ureterum pakitimą (jų išsižiojimą). Kystoradiografija ir čia išaiškinusi refluxus bilateralis vaizdą. Gydymas tas pats, kaip ir I-uoju atsitikimu. Po 3 savaičių pagijimas.

3 atsitikimas. Prieš 6 metus tentamen abortus. Įšvirkštoji acto rūgštis patekusi irgi į šlapiminę pūslę: kystitis, sunkus pyeolonephritis. Refluxus bilateralis ureterovesicalis. Po 6 metų priepuolis iš kairės liumbalinėje srityje. Anurija. T°40°. Adipositas cordis. Decapsulatio renis sin., nephrostomia. Iš pradžių diurezės pagerėjimas. Exitus, temperatūrai kritus 11 dieną. *T. Goldbergas.*

4. P. Verrière (Lyonas): **Tuberculose sur un rein en fer à cheval.** (Pasagos pavidalo inksto tuberculosis) („J. d'Urol." 46. 3).

44 mt. vyriškis. Du kartu sužeistas kare. Jaunystėje niekada nesirgęs. Dabar užeiną skausmai besišlapinant, pollakiuria ypačiai naktį. Vieną kartą besistengiant nusišlapinti, pasirodžiusi lengvos formos haematuria. Vėliau negalavimas ir iš kairės liumbalinėje srityje. Vakarais neaukšta t°-ra. Ligonio kystitis nepasiduodąs vaistais ir mechaniškai gydomas. Pasikartojusi haematuria privertusi ligonį įstoti į ligoninę. Rentgenograma be kontrasto parodžiusi kepenų ir abiejų inkstų nusileidimą. Kystoskopija: apie orif. ureteris sin. suopavimai. Ureterinis kateteris iš kairės nelendąs aukščiau kaip 3 cm. Iš dešinės ureterinis kateteris lendąs 25 cm. Šlapimų iš dešinės biologiškas tyrimas davęs neigiamus duomenis. Šlapimai iš pūslės jūros kiaulytei sukėlę tbc. Iš kairiojo ureterio nepavykę gauti šlapimų. Intraveninė urografija parodžiusi ne visai normalų inkstų situacijos vaizdą, davusį pagrindo spėti ren unguliformis (pasagos pavidalo inkstą).

Operacija. Juosmens - klubo pjūvis iš kairės. Perrišus kraujagyslių 3 šakeles, jos buvo perpjautos, ureteris gi perpjautas elektriniu peiliu. Mėsingas isthmus apvarstomas ligatūromis, suspaudžiamas spaustuku ir perpjaunamas. Spaustukas paliekamas 5 paras, drenas, dagtas. Kad spaustukas nenusmuktų, iš kairės nuo jo uždedamos 2 ligatūros ant isthmus'o. Po 4 dienų t°-ros svyravimo (39—40°) t°-ra krinta ir diurezė padidėja ligi 800,0 per parą. Pasveikimas. Autorius pareiškia, kad juosmens-klubo kelias šitais atsitikimais nesudaraąs sunkumų, išskyrus isthmus'o gilumą. Paskutinė aplinkybė privertusi autorių uždėti spaustuką à demeure. Didesnis patyrimas šitame dalyke gal būtų įgalinęs šito išvengti. Tuomet gal būt ir pooperacinis periodas būtų buvęs paprastesnis.

T. Goldbergas.

5. Dr. Lajos v. Szenthe (Budapestas): **Ein Fall von beiderseitigen Steinverschluss der Nieren in Kindesalter.** (Zbl. Chir." 1939 m. 4 nr., 190 psl.).

Aprašomas atsitikimas pas 11 m. berniuką, kuriam po ilgesnio sirgimo buvęs nustatytas abiejų ureterių užsikimšimas akmenimis. Del to buvę gauti abiejų inkstų geldelių labai dideli išsiplėtimai, kurie sukeldavę mėšlungiškus skausmus viduriuose. Padarius atitinkamas abiejų inkstų operacijas, vaikas gerai pasitaisęs. Operacijos metu buvusi konstatuota didelė kairiojo inksto atrofija. Patikrinus po 5 metų buvo rasta, kad atrofuotasis inkstas vėl gerai veikęs.

Autorius kreipia dėmesį į tai, kad esama labai retų atsitikimų, kada tokie sunkūs abiejų inkstų susirgimai pasitaiką jauniems vaikams (jų klinikoje pasitaikęs pirmas atsitikimas). Pasirėmęs šituo atsitikimu, autorius konstatuoja, kad, pašalinus priežastį, ir atrofuotas inkstas galįs atsigauti ir vėl funkcijuoti. *K. Gudaitis* (Klaipėda).

6. B. Bibus (Viena): **Die Beziehungen zwischen Adenoma u. Carcinoma prostatae u. ihre Bedeutung f. die Behandlung.** (Prostatos adenoma bei karcinoma ir jų reikšmė gydymui) („Z. Urol. Chir" 43, H. 5).

Autoriaus tyrimai (430 atsitikimų), atlikti ligiagrečiai su tokiais pat Gaynor'o tyrimais tos pačios ligoninės prozektūroje (1.000 ats.), patvirtinę paskutinių laikų literatūros duomenis, kad prostatos karcinoma prasidedanti ne jos adenom'oje, o pačioje prostatoje, t. y. jos chirurginėje kapsulėje, iš kur karcinoma galinti įaugti į adenom'ą. Prostatos karcinomos dažnumas svyruojąs nuo 0,2 iki 32%. Tokia karcinomos pradžia kapsulėje patvirtinama ir tolimesniais rezultatais, gautais operacinėje medžiagoje ligoninės, kurioje dirbo autorius. Šitą ca prostatae atsiradimo lokalicaziją autorius aiškina tuo būdu, kad uždegiminiai reiškiniai, kurie, kaip mes žinome, vaidiną nemažą vaidmenį karcinomos išsivystyme, be galo retai pasitaiką pačioje adenom'oje; antra vertus, karcinoma esanti

senų audinių susirgimas. Todėl būtų keista, jeigu palyginti jaunas audinys kaip adenoma jau būtų ištiktas piktybinės degeneracijos. Po kiekvienos prostatektomijos išsamiai histologiškai buvę ištirti ploni prostatos audinio griežinėliai karcinomos nebuvimui nustatyti. Makroskopiškas apžiūrėjimas nėsąs pakankamas. Gaynor ėmęsis ieškoti be galo mažų užuomazginių karcinomų.

Praktiškai: po prostatektomijos net karcinomos atvejais nepaliktina fistula suprapubica, nes autorius įsitikinęs, kad ne taip jau greitai auganti karcinoma iš lėto šitais atvejais uždengianti pūslės išeinamosios angos kiaurymę. Vis delto konstatavus piktybinį auglį po operacijos, taikytinas stiprus rentgeno spindulių davinys, nes turėtina galvoje, kad kūne yra likusi svarbiausia auglio dalis. Prostatos elektrorezekcijai (endoskopinė operacija. Ref.) prikišama, kad organizme paliekamos piktybinio auglio dalys, nes šita operacija turinti tikslą tiktai atstatyti praeinamumą šlapimui. Šitas priekaištas atkrintąs, nes ir po prostatektomijos visas piktybiškai degeneravęs auglys nepašalinamas. Karcinominio audinio buvimas adenomoje be galo retas dalykas, bet ir tai, kaip aukščiau esame matę, antrinės kilmės. *T. Goldbergas.*

AKUŠERIJA IR GINEKOLOGIJA.

9. Hawkinson, L. F.: **The menopauzal syndrome. One thousand consecutive patients treated with estrogen.** (Menopauzės syndromas. 1000 folikulino hormonu gydytų pacienčių) („J. amer. med. Assoc." 111, 390—393 (1938). Ref. „Berichte über die gesamte Gynäkologie u. Geburtshilfe" 11/12, sąs. 1938 m.).

75% visų moterų climax'o metu turį įvairius negalavimus, kurie pareiną nuo ovarium'o funkcijos sutrikimų. Tačiau čia turįs reikšmės ne tiktai ovarium'as, bet ir hypophysis ir gl. suprarenalis, o svarbiausia visų vidinės sekrecijos liaukų tarpusavis santykiavimas. Iš 1.000 autoriaus aprašytų moterų, 159 climax buvęs sukeltas dirbtinai (operacija, radium'as, rentgenas). Pastebėta, kad 74,3% visų moterų, kurios turėjusios savaiminį climax'ą, pajutusios įvairius klimakterinius reiškinius žymiai anksčiau, negu prasidėjusi amenorrhoea. Nerviškos moterys, daug kartų gimdžiusios, sergančios dysmenorrhoea, turinčios hyperthyreoidismus'ą arba didelį kraujospūdį, sergą sunkesniais klimakteriniais reiškiniais.

510 moterų buvę gydyta progynon'o B ir oestron'o injekcijomis. Vidutiniškai tekdavę duoti po 10.000 tarptaut. vien. kas 4 dienos, iš viso 12 injekcijų. 210 moterų gavę oestradiol per os. Buvusios duodamos labai įvairios dozės — nuo 100 iki 6.000 tarptaut. vien. per dieną, 15—16 dienų laikotarpyje. 280 moterų gydęsi kombinuotai — ir per os ir subcutan. Visos trys metodės davusios gerų rezultatų. Dozavimas buvęs kontroliuojamas histologiškų gimdos gleivinės tyrimų pagelba. Paaiškėję, kad gydymui užtenką mažesnių dozių, negu tos, kurios reikalingos gimdos gleivinei proliferacinei stadijai sukelti.

Climax'o reiškiniams praėjus, tenką dar pusę metų duoti folikulino hormono, o kartais net kelerius metus. Dozė turinti būti 4 kartus mažesnė, negu ta, kuri reikalinga klimaksiniams simptomams pašalinti.

Iš 1.000 pacienčių 691 visai pasveikusi, 144 pagerėjusios, o del likusių rezultatai esą neaiškūs. 222 ligonėms nuo gydymo atsiradę kraujavimai. Blogiausių rezultatų autorius gavęs toms moterims, kurių uterus operatiškai buvęs pašalintas, arba kurios buvusios gydytos su radium'u. Labai gerai tokia terapija padedanti klimaksinių depresijų, pruritus vulvae, colpitis senilis atvejais. Didelio kraujospūdžio atveju hormonoterapija padėdavusi tiktai tuo atveju, kai jisai būdavęs endokrininės kilmės. Autoriaus nuomone baimė, kad folikulino terapija galinti sukelti karcinomą, esanti perdėta. *J. Mikužis.*

10. K. Ehrhardt, H. Kramann u. H. Schäfer: **Oestrogeninių stilben'o preparatų pirmieji kliniški rezultatai.** (Vorläufige klinische Ergebnisse mit östrogenen Stilben-Präparaten) („Münch. med. Woch." 1939 m. 7 nr.).

Straipsnio autoriai aprašo sintezišKai pagamintą folikulino preparatą —diaethyldioxystilben'ą ir rezultatus, taikant jį gyvuliams bei žmonėms. Darant bandymus su gyvuliais, jų veikimas pasirodęs $2^1/_2$ karto stipresnis negu folikulino. Su diaethyl-dioxystilben'u pavykstą kastruotoms žiurkėms išvystyti ėstros ir išauginti infantiliškas uterus į normalų. Vartojant jį nesubrendusiems triušiams, uterus'o gleivinė lygiai taip pat tarpstanti, kaip ir nuo folikulino preparatų. Sekrecijos stadija gleivinėje gaunama tada, kai po ilgesnio diaethyldioxystilben'o preparatų vartojimo duodama corpus luteum hormonų. Jis veikiąs antrinius lytinius požymius, skatindamas jų augimą. Eksperimentuojant su gaidžiais, esąs pastebėtas feminizuojamasis diaethyldioxystilben'o veikimas.

Kliniškai su žmonėmis minėtąs junginys nėsąs gerai ištirtas. Klimakteriniais atsitikimais veikiąs panašiai kaip ir folikulinas. Neveikiant diaethyldioxystilben'ui, neveikdavę ir folikulino preparatai. Jis tinkąs gydyti amenorėjai, kuri susijusi su genitalinių organų hipoplazija. Čia jis turįs būti kombinuojamas su corpus luteum preparatais, nes vienas diaethyldioxystilben'as išvystąs tik proliferacijos stadiją uterus'o gleivinėje. Nuo jo didesnių davinių pastebėtas greitai praeinąs toksiškas veikimas.

Autoriai naudoję Bayer'io firmos preparatą — „cyren'ą". Yra „cyren" B ir „cyren" C preparatai. „Cyren" B 1 ccm. aliejiniame tirpale turi 1 mg. diaethyldioxystilben-dipropianat'o, o „cyren" C — 1,5 mg. diaethyldioxystilben-diacetat'o.

Klimacterium'o atsitikimais duodamos pavienės dozės 0,5—1,0 mg. „cyren" B. Iš viso 2,0—5,0 mg. per 3—4 savaites. Norint sukelti uterus'o augimą ir proliferacijos stadiją gleivinėje, atskiromis dozėmis duodama 1,0—2,5 mg. „cyren" B, o iš viso iki 12,5 mgr. 3-jų savaičių laikotarpyje.

J. Stankaitis.

OTORINOLARYNGOLOGIJA.

4. Dr. Gaus: **Del rinofimos etiologijos.** („Zeitschr. f. Hals-Nas.-u. Ohren." B. 43, H. 4—5).

Rhinophyma esanti gana retas išorinis nosies susirgimas. Del šito susirgimo klinikoje ir patologijoje viešpataujančios labai skirtingos nuomonės. Anksčiau buvę manoma, kad rinofimos atsiradimo pagrinde glūdinti acne rosacea. Iš čia del jungiamojo audinio hiperplazijos ir veninės stazės pasidaranti raudona, gumburiuota nosis.

V. Bruns įrodęs, kad dauguma atsitikimų tarp rinofimos ir acne rosacea jokio sąsyjo nėsą. Schmidtmann pastebėjęs, kad į rinofimą panaši hipertrofija atsirandanti del chroniškų uždegimų, kurių pagrinde esą parazitiniai susirgimai.

Tačiau kartais anamnezėje nurodoma traumines kilmės rhinophyma. Autorius nurodo atsitikimą su stogo dengėju, kuris veidu nukritęs ant stiklo skeveldrų. Sugijus randams už poros metų nukentėjusiojo nosies galas pradėjęs storėti. Ilgainiui nosies galas dar daugiau padidėjęs, pasidaręs gumburiuotas, ir iš gumburių viena po kitos pradėjusios lįsti stiklo skeveldros. Pavieniai skeveldrų pasirodymai trukę kelerius metus. Nosies gumburiai vis didėję, aiškiai buvę matomi vietinės minkštųjų audinių hiperplazijos ir paviršutinis indų išsiplėtimas. Ištyrus histologiškai buvusi rasta rhinophyma.

Ks. Vencius.

5. Dr. Zoltàn Szolnoky (Budapest): **Sąnarių reumatas ir chroniškas tonzilių uždegimas.** („Monatschrift f. Ohr. u. Laryng.-Rhinol." 1938. 11 Heft).

Šitame straipsnyje kalbama apie sąnarių uždegimus, kurių priežas-

timi yra chroniškas tonzilių uždegimas. Pirminis chroniškas sąnarių reumatas čia nenagrinėjamas, nes jis palyginti retai pasitaikąs.

Antrinis sąnarių uždegimas būnąs ūminis ir chroniškas. Ligos sukėlėjais esą: gonokokai, dizenterijos ir šiltinės bacilai, kartais škarlatina. Susirgimo židiniu esą chroniškas tonzilių uždegimas, dantų pūliavimas, paranazalinių daubų pūliavimas, ar moters lyties organų susirgimas.

Sąnarių uždegimo anamnezėje dažnai figūruoją tonzilitai. Praslinkus kelioms dienoms nuo anginos pradžios, temperatūra staiga vėl pašokanti ir pradedą skaudėti galūnių sąnariai. Uždegimas paprastai prasidedąs rankų ir kojų sąnariuose; dažniausiai pirma susergą kelio ir peties sąnariai. Kai susergą pavieniai sąnariai, tada įtariamas specifiškas antkrytis. Ligos eiga dažniausiai būnanti trumpa ir sąnarių sutinimas pranykstąs per 4—6 dienas, bet pasitaiką, kad liga užtrunkanti savaites ir mėnesius. Sąnarių uždegimas esąs serozinių apvalkalų susirgimas, kuris galįs pasireikšti ir kitų organų seroziniuose apvalkaluose. Todėl žymus skaičius sergančiųjų ūminiu ar chronišku tonzilitu susergą endokarditu ar perikarditu, o iš čia paliečiamas ir širdies raumuo. Rečiau užgriebiama pleura ar peritoneum. Dar kaip tonzilių uždegimo komplikacija paminėtina chorea minor. Ūminio sąnarių uždegimo kaip lydimasis reiškinys — erythema multiforme.

Chroniškas sąnarių reumatas arba iš pradžių jau pasireiškiąs kaip toks, arba atsirandąs kelis kartus pasikartojus ūminiam sąnarių uždegimui.

Arthritis deformans esanti atskira sąnarių liga, nors sakoma, kad chroniškas sąnarių uždegimas jį paskatinąs. Patirta, kad del arthritis deformans chroninės infekcijos turinčios įtakos, bet kad jis kiltų iš židininės infekcijos, tat neįrodyta.

Kaip žinoma, infekcijos įsibrovimo vartai dažniausiai būną tonzilėse, — jų kryptose ir lakūnose. Iš čia arba pačios bakterijos pakliūnančios į kraują, arba jų toksinai paliečią sąnarių kapsules. Pašalinus infekcijos židinį — tonziles, sąnarių pasveikimo rezultatai būną tuo geresni, juo liga mažiau įsisenėjusi; įsisenėjusiam sąnarių reumatui tonzilių operacija tik užkertanti kelią ligai toliau plėstis.

Kliniškai chr. tonzilių uždegimas pasireiškiąs paraudimu, kuris pereinąs į lankus, iš kryptų išspaudžiama daug detrito ar skystų pūlių, o tonzilių ar jų aplinkos paviršius randuotas. Įrodyta, kad ūminė ar chron. angina veikianti visą organizmą; ji būnanti parestezijų, refleksinio kosulio, neuralgijų ir chorea min. kaltininkas. Nesveikos tonzilės sugadiną inkstus, širdį ir t. t. Hastings pašalinęs tonziles 130-čiai reumatikų: 30% iš jų visiškai pasveikę, 49% žymiai pagerėję ir 21% likę be pasėkų. Ne tik sąnarių uždegimas, bet net sunkūs sepsiniai stoviai, pašalinus tonsiles, pasveikstą. Blackwell matęs sunkų nefritą su ūminiu sąnarių uždegimu, pašalinus tonziles ligonis pasveikęs. Esąs nemažas skaičius reumatikų, turinčių iš išvaizdos sveikas tonziles, tačiau jas pašalinus ligonis pasveikstąs. Tokiems ligoniams dažnai operacijos metu užpakalyje tonzilės rasdavęs žirnio didumo chroniską absces'ą. Ortner prieštarauja pažiūrai, kad tonzilės turinčios apsaugojamąjį vaidmenį ir pažymįs, kad jos turinčios bakterijų platinamąją funkciją. Lissner pateikiąs gerą statistiką iš atžvilgio sąnarių reumato ir tonzilektomijų. Tonzilių susirgimai esą glaudžiai susiję su skydinės liaukos susirgimais, širdies sutrikimais ir nefritais. Medžiagos apykaitos sutrikimai (diabetes, acidosis) esą chron. anginos padarinys. Tiriant bakteriologiškai lakūnų sekretą jame rasdavęs streptococcus haemolyticus ar kitas patologines bakterijas. Ravey Smith taip pat netikįs tonzilių apsaugojamai funkcijai. Monlonguet taip pat radęs sąsyjį tarp tonzilito ir sąnarių uždegimo. Martus Celli stebėjęs laboratorinius gyvulius, į kurių tonziles įtrindavęs bakterijų. Po įtrynimo jie susirgdavę kaklo lymfadenitu; pašalinus tonziles

— lymfadenitas pranykdavęs. Schlemer ir Hajek mano, kad tonzilės esančios užkrečiamųjų ligų įeinamieji vartai. Claus nusistatęs, kad kiekviena nesveika tonzilė šalintina, nes operacija neduodanti jokių pavojingų pasėkų. Bertoin anginą laikąs reumatinių susirgimų priežastimi. Stamberg 107 ligoniams, sergantiems sąnarių uždegimu, padaręs tonsiloektomijas ir gavęs šiuos rezultatus: 67% visai pasveikę, 33% pagerėję. Robay bet kurio sąnarių uždegimo atveju, kai vidaus terapija nieko nepadėdavusi, vartodavęs tonsilektomiją, nes operacija jokių blogų pasėkų neduodanti, o rezultatai esą geri. Pagal Roads'o statistiką, beveik pusei Š. Amerikos J. V. gyventojų pašalintos tonzilės.

Svarbu nustatyti, ar tonsilektomija indikuotina nepareinamai nuo eventualinių vidinių susirgimų. Autoriaus klinikoje laikomasi taisyklės: pozityvūs tonzilių daviniai + anamnezė + sąnarių susirgimas po anginų. Lott laikąs streptokokine infekcija, kai ant priekinio tonzilės lanko randąs siaurą tamsiai raudoną juostą. Tonzilių didumas nieko nerodąs. Svarbu pastebėti faryngealinis tonzilių paviršius, kurio laipsnio uždegimas, ar nėra randų. Iš fossa supratonsillaris išspausti kamščiai ne visuomet esąs būdingas chron. uždegimo požymis. Svarbu, kai iš visų lakūnų išsispaudžiąs detritas, o ypatingai, kai trykštą skysti pūliai. Tais atvejais, kada del esamo susirgimo įtariamos tonzilės, o jų anamnezė ir išvaizda neigiama, galutinė indikacija operacijai nustatyti pavedama internistams, kurie nustato, ar nėra kitos priežasties, ar ligonio stoviui leistina operacija ir jai paskiria patogiausią laiką. Iš laryngologo pusės absoliuti indikacija operacijai būnanti tuomet, kai anamnezėje figūruoją dažnos anginos, o vidaus organai sveiki. Jei anamnezė negatyvi, o tonzilėse ir jų aplinkoje matoma chron. uždegimo reiškinių, — operacija daroma, jei yra žymūs susirgimai, kurių kilmė kildinama iš tonsilito.

Pagal Lénarts'ą operacija darytina ne anksčiau kaip 6 savaitėms praėjus ūminiam uždegimui. Suprantama, išimtis daroma sepsinio stovio atveju. Anksčiau 6 savaičių padarytoji operacija duodanti intensyvesnį kraujavimą operacijos metu, dažniau pasitaikąs kraujavimas po operacijos. Greičiau galįs atsirasti sepsis. Be to, ūmi sąnarių exacerbatio po ankstyvos operacijos dažnokai duodanti širdžiai sunkių komplikacijų. Ūminio sąnarių uždegimo atveju operacija darytina, kai tik temperatūra nukrinta, nes reikalinga pašalinti infekcijos židinys, kuris gresia naujomis komplikacijomis. Šalintina visa tonzilė (tonsilloectomia), o ne jos dalis (tonsillotomia). Nepakankamas sąnarių pasveikimas arba jų recidyvavimas dažniausiai atsirandąs del to, kad operuojant nevisa tonzilė pašalinama; pašalinus likutį stovis pagerėjąs.

Pas mus naudojama prof. Lénarts'o operacijos metodė. Darydami vietinę anesteziją kreipiame dėmesį, kad nesveika tonzilė nebūtų adatos paliesta ir tuo perkelta infekcija į peritonzilinius audinius. Išimdami tonzilę stengiamės jos nesutraiškyti ir nepasėti infekcijos į atvirą žaizdą. Preciziniam kraujavimui sustabdyti įpučiame į žaizdą stryphnon'o pudros. Tampono įsiuvimas nereikalingas. Kiekviena tonsilloectomia turi būti daroma stacionariškai, o ypatingai sąnarių komplikacijos atveju. Kraujavimų po operacijos pasitaiko 1,5%. Kraujavimas stabdomas perrišant indus ar įstatant tarp lankų tamponą.

Autorius pateikia statistiką 124 reumatikų, kuriems buvo pašalintos tonzilės. Iš statistikos matyti, kad moterys dažniau (77) sergančios sąnarių reumatu, negu vyrai (48). Iš 124 oper. ligonių 31 atsitikimu buvęs ūminis sąnarių uždegimas. Iš jų 23 visai pasveikę, 8 pagerėję. Jų sąnarių uždegimas prasidėjęs po anginos. Su chroniškų sąnarių uždegimu atėję operuotis 88 ligoniai. Iš jų 35 visai pasveikę, 28 pagerėję, o 5 likę nepakitę. 6 ligoniai buvę operuoti del arthritis deformans. Nors jų tonzilėse buvęs aiškus chr. uždegimas, bet pagerėjęs tik vienas.

Tiriant operuotus ligonius užtinkama 6—7% žiočių kataras. Del faryngito autoriai neturį pastovios nuomonės. Richardson sausumo jausmą gale gerklės aiškinąs operaciniu nervų sužalojimu. Norsk del faryngito nekaltinąs operacijos, nes jis jau buvęs prieš operaciją; tačiau pašalinus tonziles ir pranykus jų uždegimo simptomams, pharyngitis likęs dominuojantis. Görke nuomone tonzilės turinčios sacernuojantį vaidmenį, jas pašalinus gleivių gamybą žiotyse sumažėjanti. Tokios nuomonės esąs ir Henke. Jų duomenimis 15% ligonių po operacijos nusiskundžią žiočių katarais ir džiūvimo jausmu gale gerklės. Tokie ligoniai linkę sirgti laryngitais ir bronchitais. Operuotų ligonių amžius buvęs 13—53 met. Jaunesnių kaip 3 metų ir senesnių kaip 60 metų neverta operuoti. Operacijai kontraindikacijas sudarą širdis, plaučiai, inkstai, kraujo indai, hemofilija ir netinkamas amžius. Tokiems ligoniams darytini tonzilių išspaudimai. *Ks. Vencius.*

NERVŲ IR PSICHINĖS LIGOS.

3. H. Bersot (Šveicarija): **De l'influence de la vitamine B_1 sur l'hypoglycémie insulinique.** (B_1-vitamino įtaka insulininei hipoglikemijai) (Neuropatologų kongresas Alžire 1938 m.).

Autoriaus tyrimai parodę, kad insulininio šoko metu atsirandantieji toniško ir kloniško pobūdžio spazmų pavidalu neurologiniai reiškiniai nėsą tiktai hipoglikemijos padarinys, bet būną ir del cukraus apykaitos sutrikimo. Turėdamas galvoje, kad B_1-vitaminas turi įtakos cukraus apykaitai, ir kad beri-beri ligos neurologiniai simptomai yra analogiški su insulininio šoko simptomais, autorius išmėginęs benerva (Roche) veikimą insulininiam šokui.

Autoriaus tyrimai parodę, kad davus benerva buvęs stebimas nedidelis hipoglikemijos sumažėjimas insulininio gydymo metu. Cukraus kraujyje lygmė per likusią dieną buvusi aukštesnė negu paprastai. Be to, hipoglikeminė koma buvusi silpnesnė ir trumpesnė, jei prie duodamo cukraus skiedinio buvę pridedama B_1-vitamino. Autorius sunkaus iš komos pabudimo atveju prie cukraus skiedinio pridėdavęs benervą, kurie vaistai buvę įvedami pro zondą. Del to sumažėdavusios ir konvulsijos. Retkarčiais benerva buvusi įvedama intraliumbaliai prieš duodant insulino. Kitais atvejais pakakę insulino įdavimo metu akuratingai duoti po 2 tabl. benerva. Šitas efektas ypačiai esąs naudingas gydant šizofrenikus insulinu, kai atsiranda sujaudinimo reiškiniai, konvulsijos arba perdaug ilga koma. B_1-vitaminas galįs būti duodamas dideliais daviniais (1.000—5.000 vien.), net intraliumbaliai. *T. Goldbergas.*

Klinikos ir praktikos patyrimai.

× **Placenta praevia klinika ir terapija.**

Placenta praevia vadinamas toks placentos priaugimas, kada placenta dengia visiškai ar iš dalies orifficium internum cervicis.

Placenta praevia skirstoma į: 1) centralis—, kai placenta dengia visą orifficium int.; 2) lateralis—, kai dalis orifficium yra laisva ir tiriant randama ir placenta ir plėvės; 3) marginalis—, kai in orifficio int. randama tik placentos kraštas.

Šitos klasifikacijos pagrindas esąs placentos padėtis gimdos kaklelio atsidarymo, lygaus 2 skersiniams pirštams, atžvilgiu. Kanalui plečiantis toliau, placentos santykis su orifficium int. kintąs, ji lyg nuslenkanti nuo angos į tą šoną, kur ji yra stipriau prisikabinusi ir tuo būdu placenta praevia centralis galinti pasidaryti lateralis ir pan.

Sovietų statistikos duomenimis (Čukalov) plac. praevia centr. sudaranti 15,6%, lateralis — 20,5%, marginalis — 63,8%.

Apskritai placenta praevia pasitaikanti 0,5% visų gimdyvių atsitikimais.

Del placenta praevia etiologijos visų nuomonės vieningos, bet svarbiausią priežastį sudarą įvairūs gimdos bei jos gleivinės nenormalumai.

Pagrindinis placenta praevia simptomas esąs kraujavimas, ypač nėštumo pabaigoje. Kraujavimo priežastis esanti apatinio gimdos segmento susitraukimai, kurie atidaliną placentą nuo gimdos sienelės. Kraujuoją iš motinos indų, bet placentos atsidalinimas suardąs placentinę medžiagų apykaitą, ir kūdikiui gresianti asfiksija.

Placenta praevia esanti viena iš rimčiausių gimdymo komplikacijų ir jos terapija galinti būti sėkmingai atlikta tik ligoninės apystovose. Todėl esant mažiausiam įtarimui, gimdyvė tuojau siųstina į ligoninę. Placenta praevia tenką diferencijuoti su priešlaikiniu placentos atsidalinimu, mota hydatidosa ir kraujavimu iš karcinominių židinių bei varikozinių mazgų.

Dažnai kraujavimas prasidedąs pačioje gimdymo pradžioje, dar neprasidėjus gimdymo skausmams. Pažymėtinas didelis patologiškų padėčių, ypač skersinių, procentas.

Terapija taikoma dabar dviem kryptim. Viena kryptis: aplenkiami natūraliniai gimdymo takai, kuriuos pastoja placenta, t. y. baigiamas gimdymas per sectionem caesaream. Kita kryptis: pasirenkamas operatiškas gimdymas per vaginam.

Klausimas, kuris kelias pasirinktinas, turįs būti sprendžiamas griežtai individualinant kiekvieną atskirą atsitikimą.

Sectio caesarea duodanti geriausią prognozę tiek vaiko, tiek ir motinos atžvilgiu. Motinų mirtingumas pagal statistiką siekiąs 6,6%, o vaikų mirtingumas esąs minimalus. Be to, sectio caesarea esanti greičiausias kelias ir duodanti mažiausius kraujo nuostolius. Todėl nustatant sectio caesarea indikacijas tenką vadovautis ne tiek placentos prisikabinimo vieta, kaip tat turėtų atrodyti iš pirmojo žvilgsnio (pvz., plac. praevia centralis atveju), kiek motinos būkle ir jos nukraujavimo laipsniu. Kartais tenką daryti sectio caesarea smarkiai nukraujavusiai gimdyvei net ir tada, kai kūdikis yra negyvas. Didžiausią sekcijos minusą sudarą jos paini technika, reikalaujanti prityrusio chirurgo bei specialių sąlygų ir bendros infekcijos pavojus. Deja, praktikoje daug gimdyvių patenką į ligoninę tokioje būklėje, kad operuoti jas per laparotomiam esą per daug pavojinga. Kiekvienas praktikas gydytojas, jei jis pats netiki galėsiąs likviduoti dalyką, pasielgs geriausiai, susilaikydamas nuo bet kurių manipuliacijų, kad neįneštų infekcijos ir neužkirstų kelio sekcijai.

Iš vaginalinių operacijų paminėtinos šios: vaginos tamponavimas, ovoparacentezė, metreurizė ir pavertimas pagal Braxton-Hix'o.

Iš jų pirmoji, tamponavimas, esanti grynai paliatyvinė operacija. Įvestas in vaginam tamponas negalįs sulaikyti kraujavimo. Priešingai, jis dar daugiau plėšiąs placentą nuo jos priaugimo vietos. Tamponas tik neleidžiąs kraujui išsilieti iš vaginos ir tuo būdu tik nuslopinąs vaizdo rimtumą. Antra vertus, jis sudaraąs grynai termostatines sąlygas infekcijai vystytis gimdoje. Vienintelis atvejis, kur tamponas esąs leistinas — tatai esąs smarkiai kraujuojančios ligonės transportas į ligoninę.

Kita nesudėtinga priemonė — ovoparacentezė — kartais duodanti nelauktai gerų rezultatų, ypač jei yra geri gimdos susitraukimai. Ovoparacentozė sulaikanti tolimesnį placentos atsidalinimą, o, be to, leidžianti galvutei įsistatyti ir prispausti placentą prie gimdos sienos. Sėdyninių padėčių atveju tenką šita priemonė papildyti — ištraukti kojytė ir tuo būdu pritamponuoti placenta iš vidaus.

Patikimesnės, bet ir painesnės esančios kitos dvi priemonės — metreurizė ir pavertimas pagal Braxton-Hix'o. Metreurinteris dedamas intraovuliariškai ir tuo būdu prispaudžiama placenta. Metreurinteris turįs savo blogų pusių — gulėdamas ilgai in cavo uteri duodąs progos atsirasti

ascendentinei infekcijai. Kitas jo negerumas esąs tas, kad jam išėjus gali neatsirasti skausmų, ir galvutė galinti neįsistatyti. Tada tenką visvien daryti pavertimas, kuris dabar, nuėjus vandenims, esąs daug sunkesnis.

Atsidarymo bent 2 pirštų atveju rekomenduotinas pavertimas pagal Braxton-Hix'o. Jis duodąs labai didelį vaikų mirtingumą — ligi 50—70%, o metreurizės atveju vaikų mirtingumas esąs žymiai mažesnis. Vaikai žūną del pačios pavertimo traumos ir del placentos atsidalinimo dideliame plote. Reikią griežtai vengti kūdikio ekstrakcijos tuojau po pavertimo. Cervix placenta praevia atveju esąs itin purus, galįs lengvai trūkti ir duoti nesustabdomus mirtinus kraujavimus. Nuo ekstrakcijos žūną ligi 30% gimdyvių.

Pastaruoju laiku Gauss pasiūlęs suimti tam tikromis, jo tyčia sukonstruuotomis, žnyplėmis (Kopfschwartenzange) kūdikio galvutę už galea aponeurotica, pririšti prie jų svoris (ant bloko) ir tuo būdu prispausti, panašiai kaip metreurinteriu, placenta prie cervix'o. Pats Gauss gavęs tuo būdu puikių rezultatų, tiek motinos, tiek ir kūdikio atžvilgiu.

Kūdikiui gimus, nesibaigią akušerio rūpesčiai. Paprastai placenta sunkiai atsidalinanti del silpnų cervikalinės dalies susitraukimų, ir duodanti didelius kraujavimus, kurie ypač esą pavojingi ir, be to, nukraujavusiai gimdyvei. Dažnai (apie 25%) placenta tenką išimti ranka. Ir po to esąs dar atoniško kraujavimo pavojus. Būtina esą dar ilgesnį laiką observuoti gimdyvę ir duoti profilaktiškai uterus'o kontrahuojamųjų medikamentų.

Esant sunkiai anemijai duotina kraujo spaudimo didinamųjų vaistų (kofeinas ir kt. cardiaca) ir fiziologinis skiedinys po oda ar į veną. Puiki, bet, deja, nevisuomet ir nevisur galima priemonė esanti kraujo transfūzija.

Be kraujavimo, placenta praevia atveju esąs dar antras pavojus — infekcija. Jai patekti į kraują esančios itin palankios sąlygos, — placentinės vietos atdari indai esą ypač arti prie infekcijos šaltinio — vaginos — ir infekcija galinti patekti į juos betarpiškai. Antra vertus, kraujavimo nusilpnintas organizmas daug menkiau priešinąsis infekcijai. (Prof. Feigel: „Akuš. i gin." 1938 m. 10 nr.). *B. Jackevičius.*

× **Placenta praevia gydymas.**

Placenta praevia gydymas turįs būti griežtai individualinamas, šablono taikyti negalima. Jis griežtai skiriąsis klinikos ir praktikos gydytojo sąlygose. Bollweg pateikia 15 m. (1923—1937) statistiką apie placenta praevia gydymo rezultatus Leipcigo universiteto moterų klinikoje, kur per tą laiką buvęs 49.621 gimdymas. Iš jų 416 (0,8%) buvę placenta praevia. Kartotinai gimdančioms placenta praevia dažnumas didėjąs nuo 0,3% pirmą kartą gimdančioms iki 4,7% šeštą kartą gimdančioms ir 15% dvyliktą kartą gimdančioms.

Apskritai gydymo rezultatai šie: motinų mirtingumas 6,3%, kūdikių 35,5% (22,7% kūd. žuvę prieš gimdymą, 12,8% mirę po gimdymo).

Atskiroms gydymo metodėms įvertinti, Bollweg dalina jas į 3 grupes: 1) spontaniški gimdymai su ir be ovoparacentezės (47 atsitikim.); 2) konservatiškai operatiškos metodės (metreurinteris ir pavertimai), ir 3) chirurgiškai operatiškos metodės (sectio caesarea ir hysterotomia). Atitinkamos metodės pasirenkamos atsižvelgiant į motinos ir kūdikio būklę. Sunkesni atvejai gydytini chirurgiškai (iš 269 operuotų 170 buvusi placenta praevia centralis, o iš 106 konservat. gydytų tokių buvę tik 30). Geriausių rezultatų kūdikiams davusi konservatiškoji laukimo metodė be intrauterinių intervencijų (neskaitant ovoparacentezės). Čia kūdikių mirtingumas 0. Antroje vietoje stovinti chirurgiškai operatiškoji metodė — sectio caesarea, kur kūdikių, sveriančių daugiau kaip 2.500 gr., mirtingumas 13,5%, sveriančių 2000—2500 gr., — 27,5%. Konservatiškai operatiškos metodės atitinkami skaičiai sieką 46,3% ir 63,6%. Šitas chi-

rurgiškas operatiškosios metodės pranašumas pastebimas ir mažesniems negu 2000 gr. kūdikiams. Motinų mirtingumas paskutinių 5 metų laikotarpyje (1933—1937) nuo chirurgiškai operatiškosios metodės siekia 2,4%, nuo konservatiškai operatiškosios 2,1%. Autorius prieina išvadą, kad geriausia placenta praevia terapijos priemonė atsižvelgiant į kraujavimo stiprumą ir apatinio uterus'o segmento ištempimą (distractio), sveriant daugiau kaip 2000 gr. kūdikiui esanti sectio caesarea.

Diskusijos: 1) V o i g t: Geresniems placenta praevia gydymo rezultatams gauti reikalinga, kad kiekviena kraujuojanti gimdyvė būtų tuojau siunčiama į kliniką, nedarant tamponadų ir vaginalinių tyrimų. Mat, po gimdymo placenta praevia atveju dažniau būną įvairių komplikacijų.

2) S c h r ö d e r: Jo nuomone esą netikslu statyti besąlyginis reikalavimas, kad kiekvienas gimdyvės kraujavimas priklausytų klinikai, nes esą atsitikimų, kur oriff. ext. uteri baigiasi aštriais kraštais ir placenta guli giliai; padarius ovoparacentezę gimdymas vykstąs spontaniškai be komplikacijų. Svarbiausi pavojai placenta praevia atveju esą šie: 1) kraujavimas skausmų metu del placentos atsidalinimo, 2) kraujavimas del plyšimo aktyviai veikiant ir 3) infekcijos pavojus, kuriuos gydytojai turį gerai žinoti.

Ir S c h r ö d e r ir V o i g t nurodo, kad pastaruoju laiku placenta praevia gydyme svarbią vietą užkariavusi (duoda gerus rezultatus) Kopfschwartenzange, bet statistikos nepateikia. (B o l l w e g (Leipcigas): „Geburtsh. u. Frauenheilk." 1939 m. 2 nr.). *V. Labokas.*

× Nillett'o metodė placenta praevia gydyti.

Placenta praevia terapijai yra pasiūlyta daug metodžių, kurios nuolat vis tobulinamos, modifikuojamos. Likviduojant placenta praevia esą svarbu pagreitinti gimdymas ir apsaugoti kaklelis nuo sužalojimų, kurie čia ypatingai dažnai įvykstą del kaklelio ir placentos artumo.

Sectio caesarea esanti didelė ir pavojinga operacija, žalojanti motiną; pavertimas pagal Braxton-Hix'o metodę dažniausiai paaukojąs kūdikį, o 1925 m. prof. N i l l e t t'o pasiūlyta metode išvengiama motinos žalojimų ir tik nežymiai tesužalojamas kūdikis. Būtent, N i l l e t t pasiūlęs 2 museux žnyplėmis suimti galea apponeurotica, o prie jų prikabinti nedidelį svorį. Trakcijai pakanką 1 kilo ar net mažesnio svorio. Tuo būdu galvute prispaudžiama placenta prie kaklelio, tuo būdu sustabdomas kraujavimas ir skatinamos uterus'o kontrakcijos.

Širdies tonams retėjant trakcija mažinama iki $^1/_2$ ar $^1/_4$ klg. Kūdikio galvos odos sužalojimai esą nežymūs ir greitai randuojąsi.

Kitų autorių, vartojusių šitą metodę, paskelbta labai gerų rezultatų.

Indikacijos šitai metodei labai plačios. Kontrindikacijos — stiprus dubens susiaurėjimas ir placenta praevia centralis. Šita metodė galinti pavaduoti daugeliu atveju sectio caesarea.

Autoriaus klinikoje šita metodė sėkmingai taikoma.

P a s t a b a: A. C o u v e l a i r e nuomone Nillett'o metodė neduodanti geresnių rezultatų kaip metreurizė. Jo nuomone tokia metodė taikyti gyviems vaikams esą žiauru. (H. V i g n e s et M. F i s s e r a n d: „Gynec. et obstetr." 1937 m. 1 nr.). *J. Petrauskaitė-Meškauskienė.*

× Placenta praevia ir jos kliniškas gydymas.

Hamburgo moterų klinikoje per pastaruosius 7 metus buvę 21.365 gimdymai. Placenta praevia buvę 158 atsitikimai, kas sudaro 0,74% visų gimdymų. 1914—1921 m. placenta praevia atsitikimų buvę 1,1% (M e y e r). Čia esą turėję įtakos karas ir po karo padidėjęs dirbtinių abortų skaičius. Dažniau placenta praevia pasitaikanti kartotinai gimdančioms (75%), negu pirmą kartą gimdančioms (25%). Tiriant per vaginam 2—3 cm. cervix

atsidarymo atveju placenta praevia centralis buvusi 20,9%, lateralis — 18,3% ir marginalis — 60,8%. 3 atvejais buvę vėliau nustatyta placenta praevia cervicalis acreta.

Gydymui taikytos įvairios metodės. Rezultatai matomi šioje lentelėje:

Gydymo būdas	Skaič us	Motinų		Kūdikių	
		Mirtingumas	Morbiditetas	Mirtingum.	Red. mirtingum.
1. Spont. gimdymas, ovoparac. . . .	25	0 = 0,0%	8=32,0%	4 = 16,0%	0 = 0,0%
2. Pavertimas Braxt.-Hix'o b. . . .	4	0 = 0,0%	1=25,0%	3 = 75,0%	2 = 50,0%
3. Pavert. ir ekstrakcija	14	0 = 0,0%	6=42,9%	11 = 78,6%	5 = 35,7%
4. Nutraukimas kojytės sėdyn. padėties atveju . .	4	0 = 0,0%	0 = 0,0%	3 = 75,0%	1 = 25,0%
5. Metreurinteris. .	34	4=11,8%	12=35,3%	12 = 35.3%	7 = 20,6%
6. Forceps	2	0 = 0,0%	2=100,0%	1 = 50%	0 = 0,0%
7. Perforac. kūd. galvutės, spontaniškas gimdymas .	1	0 = 0,0%	0 = 0,0%	1=100,0%	1=100,0%
8. Vaginal. hysterotomia	18	4=22 2%	9=50,0%	10 = 55,5%	4 = 33,3%
9. Sectio caesarea .	56	4 = 7,1%	(36=64,3%)	9 = 16,0%	6 = 10,7%

Kaip matoma iš lentelės, geriausių rezultatų davusios konservatiškos metodės, t. y. kur ligonės būklė leido laukti spontaniško gimdymo ar pakako ovoparacentezės. Taip pat žemas kūdikių mirtingumas buvęs sectio caesarea atveju. Metreurinteris buvęs dedamas intra - ir ekstraovuliariškai; geresnių rezultatų davęs ekstraovuliariškai dedamas metreuriteris (motinų mirtingumas 5,9% (extraov.); 17,6% (intraov.), morbiditas (sukarščiavimas ir kitos komplikacijos po gimdymo) 35,3%: 35,3%; kūdikių mirtingumas 17,6%: 52,9%, reduk. mirt. (atmetus sveriančius mažiau kaip 2.000 gr., gimusius su anomalijomis ir atvykusius be pulso) 0,0%; 41,2%. Plecenta praevia atveju gana dažnai būną komplikacijų (50,5%) po gimdymo. Iš 102 atsitikimų po gimdymo tekę daryti laesio placentae manualis 17,7%, revisio uteri 26,5%. Credé narkozėje 2%, uterus exstirpatio 3,9%, uterus tamponavimas 1,0%. Po sectio caesarea tos rūšies komplikacijų nėsą. Autorius dr. W a h l prieina išvadą, kad placenta praevia gydymui, kur būklė neleidžianti laukti spontaniško gimdymo ar pasitenkinti ovoparacenteze ir kiek intrauterinis asepsis leidžia, naudotina sectio caesarea. (Dr. W a h l (Hamburgas): „Zntrbl. f. Gyn." 1938 m. 50 nr.). *V. Labokas.*

× **Sectio caesarea reikšmė gydant eclampsia ir placenta praevia.**

Tie akušeriai, kurie laikosi principo, eklampsijos atveju kuo greičiausiai baigti gimdymą, priversti dažnai daryti sectio caesarea.

S t o e c k e l, laikydamasis šito principo terapijoje, iš 119 eklampsijos atsitikimų turėjęs 8.4% mirtingumo.

Klausimas, ar būtinai eklampsijos atveju reikia tuojau baigti gimdymas, nesąs galutinai išspręstas. Pvz., S t r o g a n o v laikąsis konservatiškos terapijos principo. Jo statistika esanti geriausia. Iš 1.113 eklampsijos atsitikimų mirtingumo procentas esąs tiktai 3,8%. Paskutiniais 400 atsitikimų (1932 ir 1933 metų medžiaga) jisai nepavartojęs nė sykio sectio caesarea. S t r o g a n o v'o statistika esanti geriausia, bet ne del konservatiškos terapijos. S t r o g a n o v'o medžiagoje turį reikšmės ir kiti mo-

mentai. Leningrade su maistu esą sunkiau, todėl ir eklampsijos atsitikimų mažiau ir ligonės sergančios lengvesnėmis eklampsijos formomis.

Vokietijoje karo metu eklampsijos atsitikimų buvę žymiai sumažėję. Be to, Leningrade gerai suorganizuota eklampsijos profilaktika.

Gėtingeno klinikoje nuo 1926—1935 metų buvę 111 eklampsijos atsitikimų.

Pradžioje visuomet mėgindavę gydyti konservatiškai. Tuojau nuleisdavę kraujo nuo 300 iki 500 ccm., gydydavę pagal Stroganov'o schemą ir stengdavęsi pagreitinti gimdymą. Sunkiais atsitikimais buvusi daroma sectio caesarea. Be to, ten, kur konservatiška terapija nepadėdavusi, buvusi daroma sectio caesarea.

Motinų mirtingumo procentas esąs 8,1%. Kūdikių žuvę 23 (iš 111 atsitikimų), 13 iš jų jau atvykę į kliniką negyvi.

20 atsitikimų sectio caesarea buvusi padaryta tuojau — 3 exitus.

15 atsitikimų sectio caesarea buvusi padaryta vėliau, nepadėjus konservatiškam gydymui — 3 exitus.

9 atsitikimais buvę pavartotas metreurinteris — 2 exitus.

36 atsitikimais gimdymas baigtas vaginališkai — nė vieno exitus.

Autorius prieina išvadą, kad geriausių rezultatų gauta baigiant gimdymą vaginaliai, blogiausių — su metreurinteriu. Autorius pasisako prieš metreurinterio vartojimą gydant eklampsiją, nes jisai palengvinąs infekcijai kelią ir sudaraąs nuolatinį dirginimą konvulsijoms.

Sectio caesarea davusi 6 mirties atsitikimus, bet čia buvę visų sunkiausi atsitikimai. Autorius prieina išvadą, kad sunkūs eklampsijos atsitikimai dabartinėmis metodėmis nevisuomet pavykstą išgydyti. Sunkesniais atsitikimais vartotinas radikalesnis gydymas, lengvesniais — elgtis labiau konservatiškai.

Jeigu del sectio caesarea reikšmės eklampsijos gydyti dar ginčijamasi, tai placenta praevia atveju sectio caesarea konkuruojanti kitas metodes. Klausimas kyląs tiktai, ar darytina sectio caesarea kiekvienu placenta praevia atveju, ar tiktai esant gyvam vaikui.

Iš 104 placenta praevia atsitikimų Gėtingeno moterų klinikoje, 53 baigti sectio caesarea, 10 vaisiaus pūslės praplėšimu, 4 pagimdė spontaniškai, 8 atsitikimais buvęs pavartotas metreurinteris ir 29 atsitikimais baigta pavertimu Braxton-Hix'o būdu.

Buvę iš viso 6 mirties atsitikimai ir visi įvykę pavertimų metu, iš jų 2 mirę nuo infekcijos, 4 — nuo anemijos. Kitos metodės nedavusios nė vieno mirties atsitikimo.

Autoriaus nuomone sectio caesarea plačiai vartotina placenta praevia atveju. Autorius siūlo sectio caesarea vartoti sunkesniais placenta praevia atsitikimais, net ir esant negyvam vaikui. Žinoma, tenką atsiminti, kad dažnai placenta praevia atveju moterys pagimdančios pačios ir sectio caesarea vartotina tiktai didesnių kraujavimų atveju. Kitos metodės, kaip pvz., metreurinteris ir pavertimas, vartotinos tik esant infekcijai (Prof. W. Bickenbach: „Zentrbl. Gyn." 1937, 14) *J. Mikužis.*

× **Placentos retencijos profilaktika.**

Placentos retencija visuomet esąs opus dalykas praktikos gydytojams, todėl svarbu esą iš kalno apsaugoti. Autorius siūlo gimdyvėms, kurioms tuojau po gimdymo neatsirandą skausmų (uterus'o susitraukimų), duoti išgerti vieną stiklinę šalto vandens. Tai esą veikią labai gerai, geriau negu gabaston ar orasthin intra venam, placenta greit išeinanti ir jokių komplikacijų po to nebūną. (Dr. Bauer: „Münch. med. Woch." 1939 m. 7 nr.) *V. Labokas.*

× **Endarteriitis obliterans konservatyvaus gydymo klausimu.**

Pasirėmęs savo patyrimu, dr. Kurt Deneke mano, kad obliteruojantiems kraujo indų susirgimams nepatartina per plačiai taikyti operatiš-

kas gydymas. Operatiškas gydymas taikytinas, tik prieš tai išmėginus konservatyvų gydymą. Arteriografija patartina daryti tik su perabrodil'iu, nes suleistas hipertoniškas perabrodil'io skiedinys galįs žymiai pagerinti toje vietoje kraujo apytaką ir tuo būdu teigiamai paveikti patį susirgimą. Jei esą centriniai indų spazmai (panašiai kaip Raynaud susirgimų atveju), tada indikuotina simpatikotomija liumbalinėje srityje. Kitais atvejais šita operacija galinti būti žalinga. Kitokiu būdu nepasisekus nuraminti arteriosklerozinių galūnių skausmų, patariamas n. ischiadicus šaldymas pagal Läwen'ą. („Zbl. Chir." 1938 m. 46 nr. 2553 p.). *K. Gudaitis (Klaipėda).*

× **Pūlinių pleuritų gydymas kūdikių ir vaikų amžiuje.**

Pastaraisiais metais pasikeitęs vaikų empyemų gydymas. Punktuojama tik pneumonijai visiškai pasibaigus. Pradžioje tik stiprinamas organizmas kovai su infekcija. Duodama visiška ramybė, palaikoma širdis, ligonis gerai maitinamas, šildomas, jei reikia, perpilama kraujo. To dažnai pakanką empyemai išgydyti. Punktuojama, jei tik bendrinis stovis blogėjąs, pūliai spaudžią krūtinės organus. Jei ištraukus, tuštimas vis naujai pripūliuojąs, reikalingas drenavimas. Taip 30 ligonių išgydyta šonkaulio nerezekavus ir torakotomijos nedarius. 14 gydyta grynai konservatyviai, 10 kartotinai punktuota, 6 tekę po punkcijos pleuros tuštimas drenuoti. (S. F r i t z: „Wien. med. Wschr." 1938 m. 41 nr.). *P. Baublys.*

× **Difterinių paralyžių gydymas tetrophan'u.**

Tetrophan'as (dihydronaphtacridinmesocarbon'inė rūgštis) veikiąs panašiai kaip strichninas.

Jo liumbalinėmis injekcijomis gydyti podifteriniai paralyžiai ir gauta gerų rezultatų. Sunkiais atvejais duodama 2,2—3,3 kb. cm. kasdien pakaitomis į kanalą ir raumenis 10—14 dienų, po to tiek pat ilgai 2—3 tabletės per dieną. Šitoks gydymas neapsaugojąs nuo prisidėjusių kvėpavimo paralyžių, taip pat davęs tik laikinį pagerėjimą prie esamų paralyžių. Veikimas, duodant tik į raumenis ar į vidų, nėsąs tikras. (F e c i l a r i c, F r a n c e s c o: „Klin. Wschr." 1938 m. II, 1247 p.). *P. Baublys.*

× **Šarmais apsinuodijusių gydymas.**

Budapešto universiteto vaikų klinikoje šarmais apsinuodijusius nuo 1922 m. gydą S a l z e r'io būdu — ankstyvu zondavimu.

5—6 dieną po nelaimės įvedamas minkštas guminis zondas (iki 1 mt. — 28 nr., tarp 1—3 mt. — 29 nr. ir po 3 mt. — 30—31 nr.). Įvedamas du kartus per savaitę ir laikomas ½ val. Prieš įvedant, zondas palaikomas šiltame vandenyje ir sutepamas parafino alyva. Įvedus žiodiklis išimamas ir ant zondo užmaunamas kamštis, kuris neleidžiąs jo perkąsti. Po 6 savaičių zondas laikomas tik ¼ val., po 8 sav. — tik 5 min. Vėliau tik kas mėnuo striktūra patikrinama puskiečiu zondu. Šitas ankstybas zondavimas duodąs daug geresnių rezultatų, negu anksčiau vartotas būdas zonduoti tik jau pasidarius susiaurėjimui. („Zentralbl. f. d. Kinderheilkunde". 1938 m. 35 t. II sąs.). *P. Baublys.*

× **Sklerodermijos gydymas A. T. 10 - faktoriu.**

Iki šiol nežinomos sklerodermijos paslaptys pradedančios aiškėti. L e r i c h e pastebėjęs, kad 70% sklerodermija sergančiųjų turį hyperkalkėmiją. Tada prieita išvada, kad šitos ligos atveju svarbiausį vaidmenį vaidinanti glandula parathyreoidea. Pagaliau prieita išvada, kad geriausias sklerodermijos gydymas yra pašalinti gl. parathyreoideae.

Autorius aprašo du sklerodermijos atsitikimus (vienas suaugęs, antras vaikas), kuriuos pagydęs A. T. 10 preparatu, duodamas to preparato iki ½ ccm. per dieną. Šitas preparatas reguliuojąs kalkių apykaitą organizme. Autorius mano, kad sklerodermija galima pagydyti A. T. 10 preparatu. (A. T. 10 yra dihydrotachysterin ir gaminamas Bayer'o ir E. Merck'o firmų). Autorius pataria tą preparatą plačiau išmėginti sklerodermijai gydyti. (B. H u m m e l: „M. m. W." 1939 m. 3 nr.).

K. Gudaitis (Klaipėda).

× **Piktybinės difterijos gydymas.**

Seruminė terapija esanti svarbiausia. Jei paprastai difterijai pakanką 500 vien. pro kg., tai piktybinei — reikią 2—3 kartus daugiau. Į veną suleidus, veikimas esąs greitesnis, tačiau didesnė dalis duotina į raumenis. Taip pat indikuojamas ir intraliumbalinis suleidimas.

Neblogų rezultatų davęs persirgusių difterija ir kraujyje turinčių pakankamai antitoksino žmonių kraujo perpylimas.

Priešingai senesnėms pažiūroms digitalio vaistai gerai veikią. Geriau pakeliamas strofantinas, jis veikiąs greičiau, sukeliąs mažesnę bradikardiją, mažai slopinąs širdies laidų funkciją. Duodama iki 2 mm., daugiausia 0,2, vėliau 0,3, geriausiai į veną, nes kitaip skausminga. Cukrus reikalingas kiekvienam širdies raumens pakenkimui gydyti. Patirta, kad difterijos toksinas išstumiąs iš myokardo narvelių glikogeną ir juos riebališkai degeneruojąs. Cukrus trukdąs šitą degeneraciją. Cukraus galima duoti per os ir į veną, tik koncentruoti hipertoniniai jo skiediniai netinką, nes esą pavojingi, kaip ir kiti hipertoniniai skiediniai.

Bandant su kiaulytėmis gerai veikęs antinksčių ekstraktas kartu su C-vitaminu. Jie užlaiką širdies raumenų celėse glikogeną ir apsaugoją nuo suriebėjimo. Kliniški to gydymo rezultatai nevienodi. Antinksčių ekstraktas esąs nelabai pastovus, jis bijąs rūgšties, todėl leistinas atskirai nuo C-vitamino.

Prieš kraujospūdžio kritimą duotina sympatol'is, ephetonin'as. Kofeinas ir papaverinas gerai veikią išplėsdami širdies kraujagysles. Vartojamos didelės strichnino dozės, taip pat salvarsanas.

Migdomieji vaistai būtini, nes kūdikio neramumas padidinąs pakenktos širdies darbą, todėl tat reikią pašalinti. Įrodyta, kad migdomieji vaistai veikią ligos židinį ir uždegimo procesus, juos slopindami. Tinkančios didelės nautisan'o dozės žvakutėmis. Gerą miegą sukeliąs ir grynas oras, migdant vaiką lauke. (M a u t n e r: „Jahrb. f. Kinderhlk." 152 t. 219 p. 1939 m.). *P. Baublys.*

× **Ūminių ir chroniškų viduriavimų gydymas bedruske dieta.**

Prof. S a l o m o n pasisako prieš plačiai naudojamą ūminių viduriavimų atsitikimais ricinos vartojimą, nes ūminiais gausių viduriavimų atsitikimais pačios žarnos pakankamai išsivalančios, be to, ricina kartais sukelianti sunkiai sustabdomus viduriavimus; juk choleros atveju viduriavimas esąs labai stiprus, bet niekam neateinanti į galvą mintis vartoti laxantia. Jau 1909 m. autorius ir kiti (W a l l a c e, N o o r d e n) ūminius enteritus sėkmingai gydę saldžia arbata, vaisių sultimis, vėliau marcipan'u (migdolų milteliai ir cukraus dulkės lygiomis su trupučiu kiaušinio baltymo) bei įvairiais vaisiais ir priėję šią išvadą: mišrus maistas iš vaisių, ir jų derivatų su kitais valgiais (kur yra NaCl) sukelią viduriavimą, o vieni vaisiai ir jų sultys gydą viduriavimą. Tokių išvadų priėjęs S p r u e, viduriavimus gydydamas žemuogėmis, todėl autoriaus giliu įsitikinimu vaisių dietoje svarbiausias gydymo veiksnys esąs ne valgio rūšis, bet valgomosios druskos valgyje stoka.

Viduriuojant tinką tie patys dėsniai, kaip ir nefrozės atveju, didelės reikšmės turįs valgio paruošimas, saldūs valgiai pageidautini, mat cukrus iš dalies atstojąs druską; jei praėjo ūminė viduriavimo stadija, tai nekenkią ir pieno maži kiekiai, kurie sunaudojami pudingui ir kitiems valgiams paruošti. Bedruskės dietos įtaka viduriavimui aiškinama osmoziniais dėsniais. Autoriaus ir W a l l a c e duomenimis viduriuojant nustojama per dieną 1—2 gr. NaCl, tas kiekis labai stipriai viduriuojant, pvz., choleros atveju, esti dar didesnis, nuo to susergą vidaus organai; davus hipertoninio NaCl į veną, susitvarką. Tam tikra prasme cholera esanti priešinga būklė nefrozei. Autorius, turėdamas didelį patyrimą choleros gydyme, teigia, kad choleros eigą bedruskė dieta teigiamai veikianti. Klaidinga ma-

nyti, kad, choleros atveju nustojus NaCl, tuoj reikalinga papildyti, mat kasdien su maistu gauname NaCl daugiau negu reikia, ir atsarga (iki šimto gramų) susitelkia odoje. Tik algidinėje stadijoje, sutrikus cirkuliacijai, negalint organizmui atsargos sunaudoti, naudinga ir reikalinga duoti hipertoninis NaCl skiedinys į veną; per os neduodama, nes tat tik padidintų transudaciją į žarnas. (Prof. dr. H. Salomon (Buenos Aires): „Schweiz. Med. Woch." 1939 m. 2 nr.). *J. Adomavičius.*

× **Sunkios atonijos gydymas.**

Sustabdyti kraujavimas gimdymo metu moteriai visuomet buvo vienas iš sunkesniųjų akušerijos uždavinių. Metodžių esą daug ir gerų metodžių, bet vis delto sunkus atoniškas kraujavimas nelengva esą sustabdyti.

Atoniškų kraujavimų priežastis Labhardt suskirstęs į dvi grupes. Pirmoji grupė apimanti anatomiškus pakitimus, pvz.: gimdos išsivystimo trūkumai, navikai, uždegiminiai procesai gimdoje. Antroji grupė apimanti funkcinius sutrikimus. Čia turinčios reikšmės endokrininės liaukos ir konstitucija. Ligonės, turinčios morbus Basedovi, labai linkusios kraujuoti. Moterys, turinčios didelę asteniją, taip pat ir patologiškai nutukusios, dažniau duodančios atoniškus kraujavimus negu sveikosios.

Pasitaiką atoniškų kraujavimų, kurių nesustabdančios jokios konservatiškos metodės ir tenką perrišti art. uterinae ir pašalinti gimdą. Operatiškas atonia uteri gydymas vartojamas retai. Prof. Frigyeri'o vedamoje klinikoje Budapeste iš 36.000 gimdymų tiktai 2 kartus buvęs ekstirpuotas uterus del atoniško kraujavimo. Vieną iš šitų atsitikimų autorius aprašo. Autorius mėgina nustatyti šitai operacijai indikacijas. Jo nuomone, jei, nepaisant visų konservatiškų priemonių ir gimdos tamponavimo, kraujas prasimuša pro tamponą, antrą kartą netamponuotina, bet pašalintinas uterus.

Operacija darytina vietinėje anestezijoje, greitai ir be kraujavimo. Operuoti geriau per laparotomiam. Tuojau po operacijos darytina kraujo transfuzija. Autoriaus nuomone, pradėjus taikyti šitą metodę labai sunkiais atonia uteri atsitikimais, pavyksią sumažinti nuo šitos ligos mirtingumo procentas. (Dr. L. Keszán: „Zntrbl. Gyn." 1938 m. 17 nr.).

J. Mikužis.

× **Puerperinio karščiavimo gydymas argotropin'u.**

Puerperinio karščiavimo gydyme iki šiol dar nieko tikro neturima; svarbiausia esanti profilaktika. Nėščioms moterims reikią išaiškinti, kaip jos turinčios užsilaikyti nėštumo, gimdymo metu ir po gimdymo. Patekus infekcijai į gimdymo takus, gydytojas turįs visomis išgalėmis stengtis jos toliau endometrium'o nepraleisti.

Sėkmingesniam puerperinių karščiavimų gydymui autorius siūlo naują preparatą — argotropin'ą. Jis sudarytas iš 1% argentum colloidale ir 20% hexamethylentetramin'o. Įpokavimas — ampulėse po 5 ccm. Vartojamas intra venam kas dvi dienos po vieną ampulę; daugiau, kaip 3-jų ampulių nevartotina, nors blogo veikimo ir po daugelio injekcijų nepastebėta. Leistina labai iš lėto. Juo anksčiau gydymas pradedamas, tuo rezultatai esą geresni. Nuo bakteriško lochijų tyrimo atsisakytina, nes tat gydymo eigos nekeičią. Šito preparato veikimas esąs pagristas dideliu sidabro druskų baktericidiškumu. Kad nepasidarytų sidabro junginys su organizmo baltymais ir chloru, vartojamas kaloidiniame stovyje. Hexamethylentetramin baktericidišką sidabro veikimą sustiprinąs. Po injekcijos t° pakilimas iki 39°C laikoma gerybiniu simptomu. Įvedus šitą preparatą, autoriaus dirbamoje klinikoje mirtingumas nuo puerperinių karščiavimų sumažėjęs. Gydyta 132 atsitikmai. (Dr. W. Wolfram: „Med. Klin." 1939 m. 6 nr.). *St. Urbutis.*

Dr. V. Juškys.

Įstatymas kovai su venerinėmis ligomis gyvenime*).

Jei džiova socialinių blogybių atžvilgiu tarp ligų užima pirmaujančią vietą, tai, kaip tvirtina sociologai specialistai, antroji vieta socialinių ligų tarpe priklauso venerinėms ligoms.

Didžiojo karo palikimas — venerinės ligos mūsų kraštui šitą klausimą padarė aktualų ir pas mus. Venerinės ligos mus užklupo nepasiruošusius. Kaimo sąlygos sudarė gerą dirvą šitoms ligoms plėstis. Gydytojų, o ypač specialistų trūkumas leido daugėti mikroorganizmų nešiotojų — venerinių ligų sėjėjų kiekiui. Ir jeigu dabar, mano surinktais duomenimis, daugiau kaip 50% kareivių venerikų apsikrečia kaime arba miesteliuose, tai čia ne atsitiktinis reiškinys. Išvada aiški: mūsų kaimas apkrėstas venerinėmis ligomis, ir jis reikia gelbėti, bent šitoms ligoms neduodant plėstis.

Kaime, bet ne mieste, sunkiau kovoti su venerinėmis ligomis. Gyvenimo raida mus vertė išleisti įstatymą kovai su venerinėmis ligomis, iš kurio mes daug laukėme ir laukiame. Bet įstatymo maža. Šitai kovai dar reikia paruošti visuomenės opinija; reikia turėti žmonių, kurie į tą kovą įdėtų šiek tiek sielos; reikia ir įstatymo vykdytojų, kurie į kovą su venerinėmis ligomis žiūrėtų ne pro biurokrato akinius.

Patieksiu keletą smulkių faktų, iš kurių, mano manymu, prašosi ne smulkmeniškos išvados.

Norėdamas tam tikrą visuomenės dalį supažindinti su gonorėja, ypač su jos profilaktika, aš parašiau vienam mūsų laikraščiui straipsnelį: „Saugokimės gonorėjos — triperio“. Tą straipsnelį redaktorius grąžino su tokiu užrašu: „Straipsnis būtų geras ir naudingas, bet jo dėti negalime del kelių priežasčių, o svarbiausia, kad „doros apaštalai“ tuojau pradėtų rėkti, jog... mokome paleistuvauti“.

Toliau, K. M. S. venerinių ligų ambulatorija savo iškabą prikalė nežymioje vietoje iš Šiaulių gatvės. Klausiu vedėją, kodėl iškaba ne iš Vytauto prospekto, kur ji geriau tiktų, aiškesnėje, greičiau pastebimoje vietoje. Gaunu paaiškinimą, kad toks yra miesto administracijos noras: ji neleido iškabos kalti iš Vytauto pr. pusės, nes tuo būdu, esą, būtų piktinami piliečiai. Atrodo, kad tokia taktika — tatai stručio taktika.

Turime draugiją kovai su venerinėmis ligomis. Jos nariai išimtinai medikai; kitų piliečių į šitą draugiją patraukti ne-

*) Pranešimas, skaitytas Gydytojų korp. „Frat. Lithuanica“ ir Apskričių gydytojų suvažiavime 1938. XII. 17.

vyksta. Kiek žinau, panašiai buvo ir su anksčiau buvusiomis to paties tikslo draugijomis. Draugija daug pastangų dėjo patraukti į darbą kovai su venerinėmis ligomis tuos gydytojus pareigūnus, kuriems tenka šitas darbas dirbti, vykdant įstatymą kovai su venerinėmis ligomis. Nepavyko.

Kai d-ja kovai su venerinėmis ligomis ryžosi suruošti kelių dienų venerinių ligų kursus gydytojams, ir kreipėsi į vieną sveikatos įstaigą pagelbos, sutikome šaltą tylėjimą. Buvome priversti kreiptis ne į sveikatos įstaigą. Kursai įvyko, į kuriuos atsilankė daugiau kaip 80 gydytojų. Tas skaičius labai iškalbingai rodo, kiek tokių kursų idėja yra pribrendusi. Visą kursų darbą visai nemokamai pakėlė D-jos kovai su ven. ligomis lektoriai; jie susirado tam reikalui ir būstinių.

Tatai keli vaizdeliai, kaip yra sunku tiems, kurie turi noro prisidėti prie to darbo, kurį vadiname kova su venerinėmis ligomis.

1935 mt. išleistas įstatymas kovai su venerinėmis ligomis, o šalia jo ir tam įstatymui vykdyti taisyklės. Geriausias įstatymas gali virsti nieku, kai nėra kas jį vykdo, kas jam atiduoda nors kiek savo sielos; ir atvirkščiai. Sakytasis įstatymas verčia gydytojus išaiškinti ir pranešti valdžios gydytojui apsikrėtimo šaltinius; pranešti, kas nutraukė gydymą ir t. t. Gydytojui, ypač gydytojui praktikui, tat sunki ir nemaloni pareiga, nes veda į tam tikrą konfliktą su savo pacientais. Bet įstatymas stato reikalavimus, turi savo prasmę, o todėl reikia vykdyti. Dabar pažiūrėkime, ką byloja gauti į mūsų raštus atsakymai.

Apie 65—70% Karo ligoninės IV skyriaus nurodytų apsikrėtimo šaltinių valdžios gydytojų raštuose nepripažinti apkrečiamais. Atrodo, kad apie tiek mūsų venerikų yra melagių, kurie verčia bėdą sveikoms moterims. Ar tat galimas dalykas? Neįtikėtina.

Tokius atsakymus mes stengiamės išaiškinti kartotinai. (Deja, ne visuomet tat galima!). Kai pasakai pacientui, kad jo nurodytas šaltinis rastas sveikas, šis dažnai nustemba. O kai kada dar ir taip pasako: „Jei taip, tai aš, p. daktare, venerinę ligą galėjau gauti tik iš vėjo“.

Tatai įvertindami mes kartais prašome mūsų nurodytą moterį tikrinti kartotinai. Ir tokie kartotiniai tyrimai neretai įrodo, kad pacientas teisus, kad jo teisybė. Taigi kartais tenka įrodinėti ir man pačiam, nes kai kada galiu atsikviesti moterį į skyrių, ir čia pats patikrinti. Pasitaiko net ir kurjozų; laimei jie pavieni. Taip, viename rašte gydytojas mums rašo, kad p-lė X. ne tik sveika, bet ir „intacta“. Mes, Tamošiai, netikėliai, prašome dar kartą patikrinti, ir jau dabar mums pra-

neša, kad... p-lė X. serga gonorėja ir priversta gydytis. Pasitaiko, kad atvykę į skyrių du kareiviai ne tuo pačiu laiku pareiškia apsikrėtę nuo tos pačios moters. Pranešame, kam reikia, bet... moteris randama sveika. Šitie pavyzdžiai rodo, kiek netobulas mūsų venerikų tyrimo darbas.

Dabar pažiūrėkime, kuris tų raštų likimas, kuriuos mes, vykdydami įstatymą, siunčiame valdžios gydytojui. Turiu ne vieną bylą, iš kurios matyti, kad tie raštai pradėti vykdyti ne tuojau, bet, kiek pagulėjus byloje, kartais po kelių mėnesių, ar net ir po metų. Žinoma, toks pavėluotas jų vykdymas jau nepasiekia to tikslo, kuriam raštas buvo siųstas.

Kartą į mano privatų kabinetą ateina mano senas pacientas ir nustebęs klausia, kuriuo reikalu aš jį kviečiau. Nustebau ir aš, nes jo veidą jau spėjau užmiršti, o antra, aš niekada nieko pas save gydytis nekviečiu. Pasirodo, kad šis pilietis gydėsi pas mane prieš metus ir, gydymo nebaigęs, iš mano žinios pasitraukė. Apie tai savu laiku buvo pranešta, kam reikia. Bet... raginimą tęsti nutrauktą gydymą sakytasis pilietis tegavo jau po metų. Iki to laiko jis jau buvo sveikas — tai labai gerai. Bet ar visi tokie gydosi? Statistika rodo, kad apie 80% tokių visai nustoja gydęsi. Tenka gauti ir tokių atsakymų, kad, esą, mūsų nurodytas asmuo išvyko į kitą apskritį, ar miestą, ir, reikia iš susirašinėjimo suprasti, kad jo ieškojimas tuo ir baigtas. Nekalbu jau apie tokius atsitikimus, kur mūsų nurodytas apsikrėtimo šaltinis pražūva, kai tik gauna paraginimą tęsti gydymą.

Įstatymas kovai su venerinėmis ligomis ir jo taisyklės sako, kad gydytojai reikalaujamus iš jų pranešimus siunčia apskrities, miesto arba rajono gydytojams. Atrodo, kad įstatymui vis tiek, kuriam valdžios gydytojui nusiunčiamas pranešimas. Kartais kyla klausimas, kuriam apskričiui ar miestui priskirti ta ar kita vieta. Ir gydytojas, neturėdamas vietovių suskirstymo lentelės, ant voko užrašo ne tą valdžios gydytoją, kurio rajone pranešamasis gyvena. Tokį raštą gauni atgal su nurodymu, kuriam valdžios gydytojui reikia persiųsti. Darbo labui, rodos, geriau būtų tokis raštas persiųsti tiesiog ten, kur jam vieta; šitaip, o ne kitaip, rodos, byloja ir įstatymo dvasia; ir, jei būsime dideliais formalistais, pasakysiu, taip sako ir jo (įstatymo) raidė. Toks biurokratiškumas gydytojus erzina ir darbui nepadeda, bet, priešingai, kenkia.

Kartais raštų vykdyme matome ir paviršutiniškumą iš esmės. Pvz., mūsų pacientas apsikrėtė gonorėja; taip mes parašome ir pranešime. Tačiau gydytojas nurodytai moteriai ieško lues'o, o apie gonorėją nė žodžio; arba atvirkščiai.

Karo ligoninė, siųsdama apsikrėtimo pranešimą, visada prašo mus painformuoti apie jo pasėkas. Dalis valdžios gy-

dytojų tokį prašymą vykdo; kiti visai neatsako. Bet vienas apskrities gydytojas atsispausdino (multiplikavo) štai kurį raštą: Viršuje pabrauktas žodis „slaptai“. Toliau štai kuris tekstas: „Karo ligoninės viršininkui. Pranešu, kad einant įst. kov. su venerinėmis ligomis 6 § žygiai padaryti. (Parašas)“. Į kiekvieną iš ligoninės apsikrėtimo pranešimą gaudavome po tokį atspausdintą lapelį. Ar toks raštas ką pasako, ar kam yra reikalingas, prašau spręsti patiems.

Keistai skamba vieno valdžios gydytojo atsakymas, kuriame rašoma, kad mūsų nurodytas asmuo sveikatos liudijimą atsisakė išrūpinti del neturto.

Gydytojas praktikas, kai jis vykdo įstatymą kovai su venerinėmis ligomis, turi daug nemalonumų: jis nukenčia ir moraliai ir materialiai. Užrašinėti veneriko vardą, pavardę, adresą, reikalauti pasą ir t. t. gydytojui reikia daug susikaupimo ir takto, kad pacientas, pakilęs nuo stalo nepabėgtų. Įstatymu įpareigoti pranešinėjimai ne kartą veda į konfliktą. Gavęs pranešimą pacientas kartais ateina pas gydytoją ir jį iškolioja. Pareigos motyvas paciento neįtikina. Kartais pagrasinama ir teismu. Privačioje praktikoje tokie pacientai kerštingi, nes tokį gydytoją saviems pažįstamiems pasistengs tinkamai atestuoti.

Kai, antra vertus, gydytojas pamato, kas darosi su jo pranešimais; kai tik savaitę gydytas pacientas gonoroikas sugeba įrodyti valdžios gydytojui, kad jis esąs sveikas; kai mato popierinį darbą, — tur būt, ne vienam gydytojui kyla klausimas, ar verta pranešinėti. Kam, pagaliau, stumti nuo savęs pacientus šundaktariams, kur jų nieks neregistruos, nieks nerašys jokio pranešinėjimo. Visa tat verčia susirūpinti, kad įstatymas kovai su venerinėmis ligomis nenuriedėtų kompromitacijos keliu.

Kai pavartai gautus pranešimus, beveik ištisai tenka matyti netaisyklingas darbo supratimas. Mums žinoma, kad gonoroikei chronikei išaiškinti dažnai reikia daug kartų tirti, daug kartų mikroskopuoti. Žinoma, kad venerikas, kai jis nenori būti išaiškintas, gali simuliuoti sveiką. Jis išaiškinti kartais reikia ir mokėti ir turėti kantrybės. Kai pažiūrime į mums atsiųstas bylas, aiškėja, kad beveik visi rasti sveikais tiriamieji tirti tik po 1 kartą ir iš to tyrimo padarytos galutinės išvados. Mikroskopuoja dažnai ne pats gydytojas, o laboratorija; ten dažniausiai imama ir tyrimams medžiaga. Žinoma, laboratorija lieka laboratorija ir dažnai gali konsultacijai tikti; tačiau pagrindinį veneriko tyrimą turi daryti tik pats gydytojas. Tik tuo būdu galima išvengti stambesnių klaidų.

Laboratorijos tyrime kartais rašoma, kad gonokokų nerasta, bet rasta daug leukocitų. Kodėl tiek daug leukocitų, neišaiškinama, nes daugiau netiriama. Venerologui gi aišku, kad toks mikroskopinis vaizdas labai rimtai verčia įtarti venerinę ligą, todėl reikalingas kartotinis pagrindinis tyrimas.

Dažnai mėgstama daryti serologinė Bordet-Gengou r. gonorėjai susekti, bet jos įvertinimai daromi klaidingi.

Netenka stebėtis, kad savo pranešimus dažnai mes prašome patikrinti kartotinai; kartais tam reikalui turime rimtų įtarimų. Gyvenimas rodo, kad tat naudinga, nes mūsų įtarimai neretai pasitvirtina. Ir čia ryškiai aiškėja būtinas glaudus kontaktas tarp valdžios gydytojo, iš vienos pusės, ir gydomosios įstaigos bei gydytojo, iš antros pusės. Iki šiol Sveikatos d-tas buvo priešingos nuomonės.

Aprašysiu keletą faktų, norėdamas parodyti, kurių kartais neleistinų klaidų daro mūsų gydytojai.

Gydytojas, kuris laiko save specialistu venerologu, tikrina prostatos sekretą. Tam reikalui įsako pacientui ateiti su pilna šlapimų pūsle; daro prostatos ekspresiją, liepia pacientui nusišlapinti, iš gauto šlapimo gaudo siūlelius ir juose mato gautą iš prostatos sekretą. Netenka todėl stebėtis, kad tokie tariami tyrimai kartais duoda liūdnų išdavų. Juk tokį gydytoją teismas kartais ir ekspertu pakviečia!

Kad gydytojas, tirdamas kreiptų dėmesį į liaukas, į adneksus, pagaliau į moters uretrą, — retas dalykas.

Teko sutikti gydytoją, kuriam pavesta gydyti venerikai, o jis mikroskope niekaip neatskiria, kuris kūnelis yra leukocitas, o kuris gonokokas, kai gonokokų pilnas preparatas. Tokiam kolegai bet kuri mikroskopinė diferenciacija yra visiška „tabula rasa“.

Dauguma gydytojų gydo venerikus visai be mikroskopijos. Ir gydo toks kolega veneriką iki jam atrodys, kad jau gana (kada praskaidrės šlapimai; gal nustos ar sumažės pūliai ir t. p.); o kad pacientas išeis su gonokokais, toks gydytojas nė nežino. Ir, jei aklas likimas nepataikys į pasveikimo momentą, tai toks gydytas pacientas su eskulapo autoritetingu palaiminimu — leidimu eis platinti venerines ligas visai „pagal įstatymą“.

Dar vienas epizodas, kaip vienas gydytojas, sveikatos punkto vedėjas, gydo gonoroikes moteris. Knygose jis pasiskaitė, kad gonoroikėms reikia dėti tamponai. Taigi, jis moteriai tamponuoja vaginą tiek, kiek tik į ten gali prikimšti vatos. Tik komplikacijos ir moterų nepasitenkinimai privertė sakytąjį kolegą kreiptis į venerologą patarimo, tada ir paaiškėjo jo darytoji nesąmonė.

Užteks ir tų faktų — jie daug ką pasako. O tuo tarpu „Medicinos“ 1938 m. 5 nr. yra doc. Br. Sidaravičiaus pranešimo santrauka, kuri štai kaip skamba (446 pl.); .... Dermatovenerologų specialistų pareikalavimo nėra. Kaune dermatovenerologai, kurie neturi tarnybų, vos vos suduria galus su galais. Į provincijų ambulatorijas, išlaikomas savivaldybių, specialistų dermatovenerologų taip pat nereikalaujama, nes ten reikalingi gydytojai praktikai, kurie gali verstis bendrine praktika (turi gydyti vidaus ligas, trachomą, teikti patarimus nėščioms ir t. t.). Dėl to specialistų didesnis prieauglis Lietuvoje šiuo metu nereikalingas ...“ Tokiais žodžiais apibūdinta dabartinė dermatovenerologų būklė, turint galvoje tai, kaip pas mus dabar kovojama su venerinėmis ligomis.

Karo ligoninės duomenimis, jos pacientai kareiviai dažniausiai apsikrečia kaimo apystovose. Kelerius metus iš eilės daugiausia apsikrėtimų kareivių tarpe duoda Tauragė, Marijampolė, paskui Ukmergė, Panevėžys, ir tik dabar jau seka didesnių miestų kariuomenės dalys — Kaunas, Šiauliai, Klaipėda. Sakytasis venerikų apsikrėtimo santykiavimas pastoviai laikosi jau daug mano stebimų metų. Kodėl taip yra? Manau nesuklysiu štai kaip aiškindamas:

1) Venerikams gydytis kaime neleido didelis iki gydytojų atstumas, o gydymas brangus;

2) venerikų gydymas kaime savo kokybe reikia vertinti žemiau vidurkio tiek gydymo metodžių, tiek diagnostikos atžvilgiu, nes daug pacientų paleidžiami dar su ligų sužadintojais — quasi išgydyti;

3) tam tikros varžybos tarp gydytojų, kas greičiau veneriką išgydys, turi asmeniškai reklaminės reikšmės, bet žalinga socialiniu atžvilgiu;

4) iki šiol varomoji kova su venerinėmis ligomis reikia vertinti kaip besisteminga.

Sveikatos punktų steigimas įgalina pacientą lengviau pasiekti gydytoją, bet darbui bus maža naudos, kai sveikatos punktas nesugebės ganėtinai išgydyti. Dauguma sveikatos punktų gydytojų venerikams gydyti nepasiruošę, o tokių sąlygų, kurios skatintų šitoje srityje tobulėti, nėra. Nerealu būtų reikalauti, kad kiekvienas sveikatos punkto gydytojas būtų venerologas; bet jis turi turėti tą minimalų žinių bagažą, kuris jam leistų būti bent nekenksmingu. Ir būtina sąlyga, kad specialistas venerologas sėdėtų apskrities centre. Čia jis turėtų būti aprūpintas tokia alga, kad nereikėtų žvalgytis į praktiką. Toks apskrities venerologas turėtų būti jo žinioj esamų sveikatos punktų konsultantu; pas jį su-

sicentrintų kovos su venerinėmis ligomis priežiūra — jis ją koreguotų.

Pažiūrėjus į dabartines sveikatos punktų taisykles, atrodo, kad jos turi tikslą sveikatos punkto gydytoją nuo ligonių venerikų atstumti. Venerinės ligos išskirtos iš kitų specialybių taksų — sveikatos punkto gydytojas veneriką turi gydyti nemokamai. Sakau „nemokamai“, nes tik taip galime suprasti taisyklių 7 straipsnį, kursai sako, kad „...apskrities valdyba moka gydytojui už kiekvieno ligonio (=veneriko. *V. Jš.*) atsilankymą po 1 litą; už atskirus veiksmus, gydant venerinius ligonius, gydytojas atskiro atlyginimo negauna“. O už kitokios rūšies ligonių atsilankymą — 2 litai, o naktį — 4 litai. Neretai ir venerikas reikės aplankyti jo bute, reikės žiūrėti naktį. Kitokio ligonio aplankymas dieną — 4 litai, naktį — 8 litai.

Įvairūs mikroskopiški neveneriko tyrimai — 3 litai. O veneriko gydymas reikalauja nuolatinio mikroskopiško sekimo; kartais prie preparato tenka išsėdėti po valandą, daryti vis nauji ir nauji tepinėliai — tai toks darbas su veneriku, kol kartais pasieki užsibrėžto išsiaiškinimo. Toks gydytojo darbas taisyklių įvertinimu lygus nuliui.

Jei šlapimų pūslės zondavimas ir plovimas ne venerikui — 3 litai, jei intraveninė injekcija ne venerikui 2 litai, tai tie patys veiksmai venerine liga sergančiam ligoniui visai neįvertinami, už juos nemokama. Kodėl?.. Ir t. t. O juk neretai venerikui dar reikia ir kepenys patikrinti, ir išklausyti — išsamiai apžiūrėti, nes juk mes gydome žmogų, bet ne vien receptą parašome.

Pamėginsiu pakalkuliuoti, ką gydytojas už veneriko gydymą „gauna“. Norint paciento nevaikyti, o jam suteikti palengvinimų, kas svarbu kaimo sąlygose, syfilio diagnozei nustatyti ir vienam antisyfiliniam kursui atlikti dauguma atsitikimų reikia apie 10—12 paciento atsilankymų, kas trunka 1—1½ mėnesio. Per šitą laiką, už luetiko gydymą gydytojui užmokės 10—12 litų. Dabar pažiūrėkime, kiek sakytam reikalui gydytojas turės savo tiesioginių išlaidų. Švirkštų amortizacija — 3 litai; adatos — 50 ct.; spiritas, vata, sterilizacija ir t. p. — 1 litas. Neaišku, ar gydytojas gaus sterilų vandenį, nes paprastai jau yra įsigyvenusi tradicija, kad sterilų vandenį duoda pats gydytojas. Taigi, sterilaus vandens 10 ampulių po 70 ccm. — 7 litai (L. Raud. Kr. vaistinės kainomis). Toliau eina netiesioginės išlaidos, kaip darbo pajamų mokesčio (apie 1 litą), butas, patarnavimas, kuras, mikroskopas, dažai ir p. Taigi, gydytojas geriausiu atveju už priešsyfilinio gydymo kursą uždirba porą-trejetą litų, o jeigu dažniau sproginės švirkštas, jeigu pacientas sunkiai pakels gydymą, jeigu reikės

duoti savo sterilus vanduo, tai gydytojas prie tokio gydymo dar pridės iš savo kišenės.

Jeigu begydant luetiką liga susikomplikuos (Herxheimer'io reakcija, salvarsandermatitas, nefritas, icterus ir p.), tai galima tikėtis, kad del taisyklių neaiškumo dydytojas gali būti verčiamas už litą lankyti veneriką namuose, nors ligonis bus ne čia pat, o už keliolikos ar daugiau kilometrų ir p.

Manau, nereikia būti pranašu, jei pasakysiu, kad kaimo sveikatos punkto gydytojui venerikas bus toks baubas, nuo kurio jis stengsis nusikratyti, nesusirišti.

Panaši kalkulacija tiktų ir toms „sumoms", kurias gydytojas gaus už gonoroiko gydymą, nes čia mikroskopijos darbas dar reikalingesnis, sudėtingesnis; reikalingos intraveninės injekcijos, pūslės plovimai, prideginimai, prostatos masažas ir p., o komplikacijų gonoroikai duos dar daugiau. Bus ir čia lankymų namuose.

Tokios sąlygos vers ne vieną gydytoją eiti į konfliktą su savo sąžine. Tada punkte greit gali sumažėti registruotų venerikų (pagerės statistikos skaitlinės!), nes jie pateks į uretritikų, tbc. prostatikų bei epididymitikų grafas; syfilitikai padidins balanito, dermatito, ekzemos (roseola, papulė) skaičių ir p. Bet labai bus liūdna, kai vėliau registruosime jau padidėjusį parasyfilinių susirgimų skaičių: padaugės apakimų, persileidimų; sumažės naujagimių ir p.

Kitas gi gydytojas, kuris negailės kaimiečio žygio, veneriko gydymą išplės į kasdieninį lankymą, norėdamas tuo būdu kompensuoti susidariusį del menko apmokėjimo deficitą. Žinoma, tada tatai teks reguliuoti aplinkraščiais, darbas padaryti šabloniškas, bet medicinos sušablonintas darbas jau vadinamas felčerizmu, kuris tuo būdu pasidarys visvien ne toks, koks turėtų būti. Žinoma, tada padidės darbas vaistinėms, nes, vietoje specialaus gydymo, venerikai daugiau bus gydomi receptais; tik, deja, del to gydymo pasėkos bus toli gražu ne tolygios.

Sąžiningas gydytojas neš uždėtą jam taisyklėmis neįvertinto labdario darbą. Jis dirbs savo darbą kruopščiai ir atsidėjęs, bet tat bus l a b d a r i o d a r b a s, tik su tuo skirtumu, kad nieks jo kaip tokio nelaikys, nieks jam nepadėkos, neįvertins.

Taigi, mūsų sveikatos vyresnybės išleistos sveikatos punktų taisyklės tobulėti kovoje su venerinėmis ligomis nepaskatins; bus priešingas efektas. Nusipirkti iš venerologijos srities žurnalą, knygą iš tos specialybės uždarbio neliks pinigų. Sugaištas sakytos specialybės knygų skaitymui laikas nesikompensuos nei moraliai, nei materialiai. Vykti tobulintis, nors ir už stipendiją, neapsimokės. Gydytojo prestižo jausmas pa-

ciento akyse taip pat praktiškai vertinti netenka, nes venerinei ligai apgydyti daug specialių žinių nereikia. Žinoma, kitaip stovės klausimas, kalbant apie ligos išgydymą; bet čia pacientas turės mažiausia progos pareikšti savo kritiškos nuovokos, nes venerinės ligos klastingos.

Sukontroliuoti kaimo sveikatos punktų dabartinis sveikatos aparatas nepajėgs. Apskričių gydytojas šito darbo atlikti negalės, nes jie tam darbui neparuošti ir neturi laiko: jie ganėtinai užimti kitokiomis, ne mažesnės svarbos pareigomis. Šitie uždaviniai spręsti reikėtų palikti apskrities venerologui specialistui. Jis tuo būdu būtų ir savo srities konsultantas. Per jo kontrolę turėtų eiti ir galutinis pasveikimo nustatymas, kad tuo būdu „ad minimum" sumažėtų legalizuotų venerinių ligų nešiotojų skaičius.

Reikia aiškiai ir atvirai pasisakyti, kad didelė sveikatos punktų gydytojų dauguma venerinių ligų gydyti nemoka. Bet reikia sudaryti tokios sąlygos, kad jie išmoktų. Materialė šito reikalo pusė bus bene jautriausia. Kai bus duotos sąlygos, galima bus patiekti ir aiškių reikalavimų.

Valstybės sveikatingumo centras — V. R. M-ja pas save neturi nė vieno šitos srities specialisto. Manyčiau, kad reikia galvoti apie skyrių kovoti su socialinėmis krašto negerovėmis su gydytoju, tos srities specialistu priešakyje. Gal tada sakytieji reikalai eitų planingiau, greičiau. Specialistų visuomeninkų gydytojų eilėse kaip ir neturime, o sąlygų jiems atsirasti nesudarome. Ypač maža norinčių specialintis venerinių ligų srityje, nes šitoji specialybė savo tam tikru specifiškumu turi daug atstumiančių momentų. Taigi, reikėtų bent materialiai statyti ne žemiau už kitas specialybes. Manyti, kad su venerinėmis ligomis kovoti galima gydytojų sąskaiton, yra ir neteisinga, ir netikslu, ir negudru. Medikui nereikia aiškinti, kiek venerinės ligos žudo ir degeneruoja tautą.

Profilaktika — tat vyraujantis šūkis, kuris turėtų dominuoti kovoje su venerinėmis ligomis, džiova ir girtuokliavimu. Kovoje su džiova gražią pradžią yra padariusi pati visuomenė. Venerinių ligų srityje šito laukti netenka, nes sakytojo darbo specifiškumas visuomenę sulaiko nuo aktyvesnio pasireiškimo. Todėl šita sritis visapusiškai daugiausia turėtų rūpėti centro vyriausybei ir savivaldybėms, su aiškia sakytojo darbo centralizacija.

Dar šiek tiek del paties įstatymo ir taisyklių.

1. Kuris ligonis venerikas laikomas apkrečiamu, įstatymas leidžia spręsti pačiam gydytojui (tais. 2 str.). Kadangi apkrečiamumo sąvoka, kiek tatai liečia venerines ligas, gali būti labai nevienoda ir įvairiai suprasta, tai gyvenime iš to gali

kilti įvairių neaiškumų ir nesusipratimų. Taigi, tokia sakytos srities liberalinė dvasia, mano manymu, gali būti nenaudinga, o kai kada dar gali būti ir piktam panaudota. Kaip tokia, sąvoka turi būti aiški ir taisyklėse turėtų būti apibūdinta tiksliai ir aiškiai.

2. Įvairūs gydytojai gali įvairiai aiškinti ir gydymo nutraukimo sąvoką. Kada laikyti, kad pacientas nutraukė gydymą? Svarbiausia, kada gydytojas apie tai turi pranešti valdžios gydytojui? Ar tada, kai pacientas neateina pas gydytoją savaitę — dvi, ar po mėnesio, ar, gal, kai kam pasirodys, kad po metų? . .

3. Labai neaiški ir įstatymo 5 str. 2 p. sąvoka, nes nežinia, kuriuos gydytojo nurodymus įstatymas reikalauja iš paciento pildyti. Ar gonoroikas nusižengs įstatymui, kai jis išgers bokalą alaus, ar kai važiuos dviračiu? . . Manau, kad tur būt įstatymui svarbūs tokie gydytojo nurodymai pacientui, kurie susiję su pavojumi ne tiek ligonio asmens interesams, bet tiek, kiek jie gali būti žalingi kitiems. Taip aš manau, bet ar tai tikrai taip? . . .

4. Daug prisidėtų vienam kitam šaltiniui išaiškinti ir serologiškų bei bakteriologiškų tyrimų palengvinimas. Manau, kad tokie tyrimai Higienos institute turėtų būti atlikti nemokamai kiekvienam, kam tik nurodys gydytojas. Dabar tokie tyrimai apsunkinami net tokiai įstaigai, kaip Draugijos kovai su venerinėmis ligomis konsultaciniam punktui sveikatai patikrinti prieš vedybas. Šitas punktas dirba grynai idėjinį darbą, be jokio uždarbio. Draugija savu laiku prašė Sveikatos dep-tą, kad leistų tirti WaR su konsultacinio punkto rašteliais (šitokią teisę turi ambulatorijos), bet gavo neigiamą atsakymą.

5. Gydytojai privalo pranešinėti apie apsikrėtimo šaltinius, apie neklaužadas pacientus ir p. Tat jie turi daryti savo lėšomis, nes faktinai čia padarytų išlaidų gydytojui nieks negrąžina. Judresnis ir lengvesnis pasidarytų kontaktas tarp gydytojo ir sveikatos administracijos, jei: 1) gydytojai gautų vokų, prie kurių, kai jie adresuoti valdžios gydytojui, nereikėtų lipinti pašto ženklų; kitaip tariant, susirašinėjimas venerinių ligų profilaktikos reikalu reikia padaryti neapmokamas, ir 2) reikėtų neatsisakyti priiminėti iš gydytojo ir telefoniniai pranešimai.

Baigdamas noriu palinkėti naujam Sveikatos d-to direktoriui d-rui M. M i c k u i, kad jo vedamoji krašto sveikatinimo linija lygiai būtų pašvęsta visoms socialinėms nesveikatoms, o todėl kova su venerinėmis ligomis turėtų įgauti tas teises, kurios jai priklauso iš darbo tikslingumo sąvokos.

Bibliografija.

„Medicinos“ žurnalo Redakcija yra gavusi šiuos mediciniškus žurnalus, leidinius ir kitus spaudinius:

1. **Eesti Arst.** Tartu. 1939 m. 1, 2, 3 ir 4 nr. nr.
2. **Latvijas Arstu Žurnals.** Ryga. 1938 m. 11—12 nr.
3. **Veterinarija ir Zootechnika.** Kaunas. 1939 m. 1 ir 2 nr. nr.
4. **Farmacijos Žinios.** Kaunas. 1939 m. 1 ir 2 nr. nr.
5. **Sveikata ir Darbas.** Kaunas. 1939 m. 1, 2 ir 3 nr. nr.
6. **Gesundheit u. Wohlfart.** Ciurichas. 1939 m. 1, 2 ir 3 nr. nr.
7. **Vračebnoje Delo.** Charkov. 1938 m. 10 nr.
8. **L'Erope Médicale.** Paris. 1938 m. 8 nr. ir 1939 m. 9 ir 10 nr. nr.
9. **Therapeutische Berichte.** 1938 m. 12 nr. ir 1939 m. 1 ir 2 nr. nr.
10. **Riedel-Archiv.** Berlin. 1939 m. 1 ir 2 nr. nr.
11. **Das Hormon.** 1939 m. 1—2, 3 ir 4 nr. nr.
12. **Revue „Ose“.** Paris. 1938 m. 11 ir 12 nr. ir 1939 m. 1 nr.
13. **Nowiny Lekarskie.** Warszawa. 1938 m. 22, 23 ir 24 nr. nr. ir 1939 m. 1, 2, 4 ir 6 nr. nr.
14. **Medycyna.** Warszawa. 1938 m. 24 nr. ir 1939 m. 1, 2, 3—4 ir 5 nr. nr.
15. **Kronika Wenerologiczna.** Warszawa. 1938 m. 1 nr.
16. **Münch. med. Wochenschrift.** Miunchenas. 1939 m. nuo 1 iki 13 nr.
17. **Die Aerztliche Praxis.** Viena. 1939 m. 1, 2 ir 3 nr. nr.
18. **Ars Medici.** Viena. 1938 m. 12 nr. ir 1939 m. 1 ir 2 nr. nr.
19. **The Tohoku Journal of Experimental Medicine.** Sendai (Japan). 34 t. 6 nr. ir 35 t. 1 ir 2—3 nr. nr.
20. **Bulletin International des Services de Santé des armées de terre, de mer et de l'air.** Liège (Belgique). 1938 m. 12 nr. ir 1939 m. 1 ir 2 nr. nr.
21. **Archives Belges du Services de Santé de l'Arméee.** Liège - Bruxelles. 1938 m. 12 nr. ir 1939 m. 1 ir 2 nr. nr.
22. **Atti della Societa Medico-Chirurgica di Padova.** Padova. XVI t. 3 ir 4 sąs.
23. **Annales et Bulletin de la société Royale des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles.** Bruxelles. 1938 m. 1—2 nr.
24. **Labor Médica.** México. 1938 m. 3, 4, 6, 7 ir 8 nr. nr.
25. **Gaceta Médica de México.** México. 1938 m. 4 nr.
26. **Revista Médica del Hospital General.** México. 1938 m. 3 nr.
27. **Medicana Española.** 1938 m. 2 nr.
28. **Medical Times.** 1939 m. 1 nr.
29. **Archiv biologičeskich nauk.** 48 t. 1—2 sąs., 51 t. 3 sąs. ir 52 t. 1, 2 ir 3 sąs.
30. **Motina ir vaikas.** Kaunas. 1938 m. 12 nr. ir 1939 m. 1, 2 ir 3 nr. nr.
31. **Sargyba.** Kaunas. 1939 m. 1, 2, 3, 4, 5 ir 6—7 nr. nr.
32. Société des Nations (Convention pour limiter la fabrication et reglamenter la distribution des stupéfiants du 13 juillet 1931): **Evaluations des besoins du monde en drogues nuissibles en 1939.** Genève, 1938.
33. Société des Nations: **Rapport au conseil sur les statistique des stupéfiants relatives, à l'année 1937 et sur les travaux du comité au cours de l'année 1938.** Genève. 1938. XI. 5.
34. Société des Nations (Commision consultative du trafic de l'opium et autres drogues nuisibles): **Résumé des transactions illicites et des saisies.** Gèneve. 1939. II. 2 d.

35. Gyd. V. Girdzijauskas: **Lytinių liaukų, skydinės liaukos, jų hormonų ir gl. parathyreoideae įtaka aglutininams pasigaminti.** Disertacija. Kaunas. 1939 m. 168 pusl. in 8°.

36. Priv. - doc. dr. J. Kupčinskas: **Kalcio įtaka širdies funkcijai.** Kaunas. 1939 m. 20 pusl. in 8°.

37. Gyd. N. Indrašius: **Maisto vitaminai.** Kaunas. 1939 m. 21 psl. in 8°.

38. Juozas Žagrakalys: **Dr. Domininkas Bukantas.** Zarasai. 68 psl. in 16°.

39. **V. D. Univ-to Medicinos Fakulteto darbai.** Kaunas. 1939 m. V t. 3 kn.

Turinys:

Prof. dr. J. Žilinskas ir subasist. A. Jurgutis: **Crania Lithuanica.** 303

Doc. dr. J. Šopauskas: **Ligotumas Lietuvoje mirties priežasčių ir apkrečiamų ligų registracijos duomenimis** 369

Kronika.

NEKROLOGAI.

× **Mirė:** 1) Paryžiuje — prof. Anton Béclère, Prancūzijos radiologų draugijos įkūrėjas, buvęs medicinos akademijos pirmininkas. — 2) Halėje — prof. dr. med. Paul Hilpert, 45 metų amžiaus, Halės universiteto prorektorius, neurologas. — 3) prof. dr. med. Konrad Rieger, 84 metų amžiaus, psichiatras. — 4) dr. Gerhard Wagner, 54 metų amžiaus, Vokietijos gydytojų vadas, „Münch. med. Wschr." redakcinės kolegijos narys.

× **Mirė pulk. leit. gyd. Vilius Bruzdeilinas** 1939 m. kovo mėn. 17 d. 11 val. staiga nuo širdies smūgio. Jisai gimė 1891 m. gruodžio mėn. 17 d. Klaipėdos apskr., Kodjanių vnk. Pradžios ir vidurinį mokslą baigė Klaipėdoje. 1914 m. rugpjūčio mėn. 2 d. įstojo savanoriu į tuo metu esančios Klaipėdos krašte vokiečių kariuomenės 41 pėst. pulką. 1915 m. gegužės mėn. 15 d. pulko vado buvo išsiųstas į Warthelager prie Poznanės karo mokyklą, kurią ir baigė. Dalyvavo fronte būrio vadu, o vėliau kuopos vadu. Fronte buvo sunkiai sužeistas ir del šito paskui buvo paleistas į atsargą. 1919 m. liepos mėn. 15 d. įstojo savanoriu į Lietuvos kariuomenę ir buvo paskirtas 1-jo atsargos batalijono būrio vadu. 1921 m. gegužės mėn. 25 d. del blogos sveikatos buvo paleistas į atsargą kapitono laipsnyje. Būdamas atsargoje studijavo medicinos mokslus Karaliaučiuje ir juos baigė 1925 m. 1925 m. spalių mėn. 1 d. buvo priimtas vėl į kariuomenę kaip gydytojas ir paskirtas į 6-tąjį pėstininkų pulką vyresniojo sanitarijos karininko pareigoms eiti; vėliau vyr. sanitarijos karininko pareigas ėjo įvairiose dalyse. 1927 m. vasario mėn. 16 d. pakeltas į majoro laipsnį. 1923 m. vasario mėn. 13 d. pakeltas į pulkininko leitenanto laipsnį. 1932 m. balandžio mėn. 23 d. perkeltas į karo aviaciją vyr. sanitarijos karininko pareigoms eiti pulko vado teisėmis. Šitas pareigas ėjo iki mirties. Buvo apdovanotas Vytauto Didžiojo ord. 4-to laipsnio, savanorių medaliu ir Lietuvos nepriklausomybės medaliu.

AUKŠTASIS MEDICINOS MOKSLAS.

× **Med. gydytojo diplomą** yra gavę šie asmenys: Adomas-Jonas Daugirdas, Vincas Rutkauskas ir Napoleonas Tarasevičius.

× **Dantų gydytojo diplomą** yra gavusi Stankevičiūtė-Užupienė.

× **Med. d-ro J. Meškausko mėginamoji paskaita** tema „Žalių vaisių ir daržovių dieta vidaus ligose" buvo š. m. kovo mėn. 29 d. Medicinos Fakulteto taryba med. dr-ui J. Meškauskui pripažino priv.-docento laipsnį.

× **Patologijos Institutui** šių metų gale išsikėlus į V. D. Univ-to naujųjų klinikų rajoną, jo vietą užims higienos ir bakteriologijos ketedra.

× **V .D. Univ-to Medicinos Fakultetas yra gavęs pakvietimus į šiuos kongresus:**

1) Į III tarptautinį sanatorijų ir privatinių ligoninių kongresą Baden-Badene š. m. IV. 23—28 d.

2) Į tarpt. termalinių, klimatinių ir pirinių stočių kongresą VI. 5—10 d.

3) Į XI tarpt. kovai su tbc. kongresą Berlyne 1939 m. spalių 16—20 d.

4) Į II tarpt. entr'aide universitaire kongresą Budapeste š. m. V. 23—27 d.

5) Į VII tarpt. genetikos kongresą Edinburge 1939 m. rugsėjo mėn. 23—30 d.

× **V. D. Un-to Medicinos fakultetas iki 1939 m. kovo mėn. 1 d. jau yra išdavęs 1000 diplomų,** iš kurių 534 medicinos gydytojo (403 vyrams ir 131 moteriai), 335 dantų gydytojo (15 vyrų ir 320 moterų), 115 chemiko vaistininko (66 vyrams ir 49 moterims) ir 16 veterinarijos gydytojo. Be to, 201 asmeniui, kurie mokslus baigė užsieniuose, pripažintos gydytojo teisės, jie buvo išegzaminuoti. Pagal metus Medicinos fakultetą baigė: 1925 m. —10, 1926 m. — 27, 1927 m. — 30, 1928 m. — 33, 1929 m. — 52, 1930 m. — 43, 1931 m. — 36, 1932 m. — 67, 1933 m. — 87, 1934 m. — 119, 1935 m. — 103, 1936 m. — 132, 1937 m. — 106, 1938 m. — 142 ir 1939 m. ligi kovo 1 d. baigė 13 asmenų.

KONGRESAI, DRAUGIJOS, ĮVAIRENYBĖS.

× **Lietuvos Gydytojų Draugijų Sąjungos atstovų visuotinis metinis suvažiavimas** šaukiamas 1939 m. balandžio mėn. 16 d. 13 val. V. D. Univ-to Medicinos Fakulteto rūmuose (Kaune, Mickevičiaus g. 7). Darbų tvarka yra numatyta šitokia:

1. Suvažiavimo atidarymas.
2. Suvažiavimo prezidiumo rinkimai.
3. Mandatų komisijos rinkimai.
4. Centro Valdybos pirmininko pranešimas.
5. Centro Valdybos sekretoriaus pranešimas.
6. Centro Valdybos iždininko pranešimas.
7. Revizijos Komisijos pranešimas.
8. Mandatų Komisijos pranešimas.
9. Pranešimai iš vietų.
10. Diskusijos ir rezoliucijų priėmimas.
11. Naujos Centro Valdybos ir Revizijos Komisijos rinkimai.
12. Einamieji reikalai.

Kiekviena med. gydytojų draugija, įeinanti į Lietuvos Gydytojų Draugijų Sąjunga, į šitą suvažiavimą siunčia įstatų 13 ir 17 straipsniais numatytą savo atstovų skaičių.

× **Tarptautinis kongresas kovai su aklumu** bus Londone 1939 m. balandžio mėn. 19 d.

× **Tarptautiniai maliarologijos kursai** bus Romoje 1939 m. nuo liepos mėn. 25 d. iki rugsėjo mėn. 20 d. Reikalais kreiptis: Instituto di Malariologia Ettore Marchiafava, Policlinico Umberto I, Roma.

× **Pärnu kurorto Estijoje 100 metų sukaktuvės 1939 m. birželio mėn. 21 d.** Pärnu gydytojų draugija atsiuntė Lietuvos gydytojų sąjungai raštą, kviesdama dalyvauti šitame jubiliejume, kuris truks dvi dienas (birželio mėn. 21 ir 22 d.), Lietuvos gydytojus; pageidaujama ir pranešimų, kurių temos reikia pranešti iki gegužės mėn. 1 d. Pärnu gydytojų draugijos sekretoriui Dr. J. Perker, Kalevi t. 29, Pärnu.

× **Pasteur'o institutui Paryžiuje sukako 50 metų.** Institutas buvo įkurtas 1888. XI. 14 d.

× **Vokietijoje keičiamas medicinos studijų planas.** Ateityje studijos susidės iš 4 priešklinikinių pusmečių, 6 kliniškų pusmečių, 6 savaičių tarnybos fabrikuose arba kitur kur ir 2-jų famulatūrų po 3 mėnesius. Egzaminų laikas sutrumpinamas. Šitas studijų planas pradės veikti nuo 1939 m. balandžio mėn. 1 d. („M. m. W." 1939 m. 12 nr.).

× **Daugėja simuliantų.** Gydytojai, teikdami nukentėjusiems nuo nelaimingų atsitikimų darbininkams medicinos pagelbą, pastebėjo, kad kai kurie darbininkai tyčia nesigydo ir nepildo gydytojų duotų nurodymų, tuo būdu pailgindami gydymo laiką, norėdami daugiau gauti pašalpos. Būną atsitikimų, kad nukentėjusis nudraskąs tvarčius.

MED. GYDYTOJŲ REIKALAIS.

× **Med. gydytojo praktikos teises** yra gavę šie med. gydytojai: Petras Balsevičius, Janina Bortkevičiūtė, Salomonas Buršteinas, Šimenas Dolnickis, Dovydas Garbas, Laimutė Griniūtė, Barbora Jonkutė, Jankiel-Abel Kirš, Albinas Klimas, Kunigunda Klovaitė, Simcho-Leiba Lebenskis, Vaclovas-Beneminas Liorentas, Matilda Mišeikaitė, Juozas Petrikonis, Bronislovas Radzivanas, Mordchai-Leiba Rochelzonas, Antanas Stankevičius, Izaakas-Josifas Taršis, Algirdas Tuminas ir Mykolas Vaitėnas.

× **Reikalingi gydytojai:** Lekėčių ir Plokščių (Šakių apskr.) sveikatos punktams; Gižų, Žaliosios ir Alvito (Vilkaviškio apskr.) sveikatos punktams.

× **Biržuose nėra akių gydytojo.** Žmonės del akių važiuoja į Pasvalį.

× **LTS „Jaunosios Lietuvos" Sąjungos higienos vadovybės gydytojai nutarė savo kabinetuose teikti medicinos pagelbą Klaipėdos pabėgėliams.** Pagelba bus teikiama bent vieną mėnesį. **Nemokamai Klaipėdos pabėgėlius gydys:**

Dr. Abramavičienė, A. Panemunė, Smėlio g. 5 nr., 9—11 val. (vaikų ir vidaus ligos).

Dr. Butrimavičius, Vilijampolė, Tilžės g. 30 nr., 15—19 val. ir Kauno miesto savivaldybės ligoninėje, P. Vileišio aikštė, 10—13 val. (vidaus ligos).

Dr. Čeičys, miesto ligoninė, 8—14 val. (vidaus ligos).

Dr. Steponaitienė - Ambrazieįūtė, Mickevičiaus g. 11a, bt. 3, 14,30—16 val. (vidaus ligos).

Dr. Šimkus - Šimelevičius, Savanorių prosp. 105 nr., 15—18 val. (vidaus ligos).

Dr. Tumasonis — miesto ligoninė, 8—14 val. (chirurgija).

Kreipiantis į kitų ligų specialistą, reikia gauti nurodymų pas gyd. Šimkų - Šimelevičių, tel. 24954, 15—18 val.

× **Šilavoto (Marijampolės apskr.) sveikatos punktui** nutarta pastatyti būstinė ambulatorijai, gydytojui ir akušerei apsigyventi, taip pat vaistinei įrengti.

× **Gyd. J. Mikužiui,** V. D. U-to Medicinos f-to akušerijos ir ginekologijos kat. jaun. asist., švietimo ministras paskyrė užsieninę stipendiją endokrinologijai studijuoti Berlyne.

× **Gyd. M. Zubrienės, gail. sesers O. Straševičiūtės ir E. Laurinavičiūtės byla** buvo sprendžiama 1939 m. kovo mėn. 20 d. Kauno apygardos teisme.

1938 m. kovo mėn. nukentėjusios vyras padavė prokurorui skundą, kad, jo žmonai išsirašius iš Raud. Kryžiaus ligoninės, sveikata vis blogėjusi, o padarius kraujo analizę konstatuota, kad ji apkrėsta syfiliu. Skun-

dėjas surinkęs žinių, kad jo žmoną apkrėtusi El. Laurinavičiūtė, kurios kraujas buvęs perpiltas po operacijos jo žmonai.

Tardymo metu nustatyta, kad spenderė kalt. Laurinavičiūtė buvo įregistruota Raud. Kryžiaus ligoninėje, ir 1937 m. spalių 6 d. prašytas Higienos institutas jos kraują ištirti pagal Wasserman'o reakciją ir rašte buvo pažymėta, kad Laurinavičiūtė reikalinga kaip spenderė.

Higienos institutas spalių 9 d. konstatavo, kad Laurinavičiūtė užkrėsta.

Po operacijos ligonė buvo perduota gyd. M. Zubrienės globai; gyd. Zubrienė, pripažinusi, kad reikalinga transfuzija, spendere pasirinkusi Laurinavičiūtę.

Visi spenderiai Raud. Kryžiaus ligoninėje buvo registruojami ir visos žinios surašomos knygoje, kurią tvarkė gail. ses. Straševičiūtė.

Visos trys teisiamosios pripažintos kaltomis ir nubaustos: Elena Laurinavičiūtė dvejais metais sunk. darbų kalėjimo, gail. sesuo Ona Straševičiūtė trimis mėnesiais arešto, dr. Matilda Zubrienė dviem mėnesiais arešto, bet ji lygtinai nuo tos bausmės atleista, jeigu per vienerius metus nenusikals.

Nukentėjusios ir jos vyro civil. ieškinys per 25 tūkst. lt. atmestas.

× **Pietinėje Australijoje stinga gydytojų,** ypač valdinėse vietose. („M. m. W." 1939 m. 12 nr.).

× **Byla del honoraro.** Nanta mieste buvusi vieno Liono universiteto profesoriaus byla. Nanta rajone serganti viena moteriškė pakvietusi garsų profesorių iš Liono. Profesorius atvažiavęs, apžiūrėjęs ligonę ir pasakęs, kad liga esanti iš ne jo specialybės ir vėl greit sugrįžęs atgal. Paskui atsiuntęs 10.000 frankų sąskaitą. Moteriškė tuojau mirusi. Įpėdiniai tesutikę mokėti 4.000 frankų. Reikalas atsidūręs teisme, kuris iš moteriškės įpėdinių profesoriui priteisęs 8.000 frankų.

DANTŲ GYDYTOJŲ REIKALAIS.

× **Dantų gydytojo praktikos teises** yra gavę šie dantų gydytojai: Apolionija Milašienė-Kairytė, Benigna Rudytė ir Stanislava Zlobinienė-Poziemskytė.

× **Visuotinis metinis Lietuvių Odontologų Draugijos susirinkimas** buvo š. m. kovo mėn. 31 d. Pabėgėliams klaipėdiečiams ir Moterų Šaulių Tarybos sanatorijos reikalams paskirta po 100 lt.

Į naują Draugijos Valdybą išrinktos: d. g. M. Jasiulaitienė, d. g. M. Kregždienė, d. g. B. Krikščiukaitienė, d. g. E. Požėlaitė-Balčiūnienė ir d. g. A. Trimakienė; kandidatėmis išrinktos: d. g. A. Matulionienė ir d. g. O. Mikuckaitė. Į Revizijos Komisiją išrinktos: d. g. K. Žilinskienė, d. g. Z. Čerkeliūnienė ir d. g. A. Balčiūnienė.

AKUŠERIŲ REIKALAIS.

× **Reikalingos akušerės:** Gižų, Žaliosios ir Alvito (Vilkaviškio apskr.), Griškabūdžio ir Slavikų (Šakių apskr.) sveikatos punktams.

GAILESTINGŲJŲ SESERŲ REIKALAIS.

× **Reikalinga gail. sesuo** Marijampolės apskr. savivaldybės ligoninei. Prašymas su gyvenimo aprašymu siųsti Marijampolės apskr. valdybos pirmininkui.

SVEIKATOS REIKALAIS.

× **Sveikatos departamento žinios apie limpamąsias ligas Lietuvoje 1939 m. vasario mėn.:** Typhus abdom. 84 (6), paratyphus 3, typhus exanth. 42 (2), morbilli 746, scarlatina 74, pertussis 72, diphtheria 210 (5),

influenza 3.275 (4), erysipelas 23, poliomyelitis et polyoencephalitis ac. 2 (3), enceph. leth. epid. 1 (1), mening. cerebr. spin. epid. 12 (1), tuberculosis 160 (9), venerinėmis ligomis 385 (lues 123, gonorrhoea 262), varicella 9, trachoma 176, parotitis epid. 15, febris puerperalis 8, septicopyaemia 4 (2), scabies 2. Skliauteliuose pažymėti mirimai.

× **Manoma statyti mokytojų sanatorija Varėnoje.** Tuo reikalu rūpinasi Sveikatos departamentas ir Lietuvos mokytojų sąjunga.

× **Jonavoje šaulių ir skautų vadovybių buvo suruošti sanitariniai kursai,** kurie kovo 15 d. iškilmingai uždaryti. Kursai tęsėsi 2 savaites. Kursuose teoretines paskaitas skaitė: Dr. J. Leseckas, gyd. M. Vulfavičius ir gyd. B. Boniašas. Praktika buvo atliekama žydų ligoninėje ir Moterų ir vaikų sveikatos centre, vadovaujant gyd. G. Ranuli ir gail. sesutei M. Kasakaitienei.

Kursus lankė ir pažymėjimus gavo 183 asmens.

× **Jau patikrinta 2.500 mokytojų sveikata.** Ligi šiol dr. K. Griniaus vardo sanatorijoje, A. Panemunėje, dr. Runkevičius patikrino apie 2.500 pradžios mokyklų mokytojų sveikatą. Jų tarpe rasta apie 150 mokytojų, kurie sunkiai serga džiova ir reikalingi greito gydymo. Patikrinta Kauno m. ir apskrities, Trakų, Kėdainių, Ukmergės, Raseinių, Šakių, Vilkaviškio ir Marijampolės apskričių mokytojų sveikata.

Dr. K. Griniaus sanatorijos vedėjas dr. Runkevičius išvyko mokytojų sveikatos tikrinti į Alytų. Čia bus patikrinta Alytaus miesto ir apskrities ir Seinų apskr. pradžios mokyklų mokytojų sveikata. Vėliau dr. Runkevičius vyks mokytojų sveikatą tikrinti į Panevėžį. Alytuje ir Panevėžyje dr. Runkevičius mokytojų sveikatą tikrins ketvirtadieniais, penktadieniais ir šeštadieniais nuo ankstaus ryto ligi vėlyvo vakaro. Visi tie mokytojai, kurie norėtų gauti įvairių patarimų savo sveikatos reikalais, į dr. Griniaus sanatorijos ved. dr. Runkevičių galės kreiptis pirmadieniais, antradieniais ir trečiadieniais, kai jis bus grįžęs iš provincijos.

R. Kryžius yra paprašytas tomis dienomis, kada dr. Runkevičius bus išvykęs į provinciją, skirti dr. K. Griniaus sanatorijos vedėjui pavaduotoją — gydytoją.

× **Marijampolės miesto ambulatorija pereitais metais suteikė medicinos pagalbą 10.022 asmenims.** Daugiausia medic. pagalbos buvo suteikta miesto beturčiams, prieglaudų globotiniams ir pradž. mokyklų mokiniams.

× **Sveikatos reikalai Lietuvoje seniau, dabar ir ateityje.** 1914 m. Lietuvoje buvo 230 gydytojų, ligoninėse 212 lovų (1 lova 2.200 gyventojų, 1 gydytojas 9.083 gyventojams). 1928 m. Lietuvoje buvo 443 gydytojai, 59 gydymo įstaigos su 2.287 lovomis (1 lova 937 gyventojams, 1 gydytojas 4.835 gyventojams). 1939 m. sausio mėn. Lietuvoje buvo 877 gydytojai, 69 gydymo įstaigos su 5.100 lovų (1 lova 450 gyventojų, 1 gydytojas 2.600 gyventojų).

Sveikatos punktą ateityje sudarys vedėjas — gydytojas, higienistas, gerai susipažinęs viešosios sveikatos ir profilaktinės medicinos srityse, akušerė ir sesuo - lankytoja. Punktui bus pavesta toks žmonių skaičius, kad jis galėtų visus žinoti ir vesti visų sveikatingumo kartoteką, todėl punktas ateityje turės ne daugiau kaip 5.000 gyventojų.

Šiais metais bus suruošti Sveikatos departamento pastangomis gydytojų kursai Šiauliuose (pavasarį). Vasarai baigiantis bus vėl gydytojų kursai Kaune, paskui bus mėnesio kursai kovai su veneros ligomis ir trachoma. (Iš Sveikatos d-to dir. dr. Mickaus kalbos seime 1939 m. kovo mėn. 14 d. stenogramos).

× **Italijoje daug mirimų nuo ūminio sąnarių reumato.** Prof. Petragnani reikalauja net obligatorinės registracijos. („M. m. W." 1939 m. 11 nr.).

MEDICINIŠKASIS SĄMOJIS.

× Chirurgo sąmojis.

Pasikalbėjimas chirurgo kabinete.

Profesorius, apžiūrėjęs pacientę, pereiškė, kad liga yra rimta, reikalinga neatidėtina operacija.

— Tamsta rytoj turi atsigulti klinikoje!

Nusigandusi pacientė tarė:

— Jokiu būdu, jokiu būdu, pone profesoriau. Geriau mirsiu, o nesiduosiu operuojama!

Chirurgas, truktelėjęs pečiais, atsakė:

— Vienas kitam nekliudo, miela ponia!

× Geras gydytojas.

— Aš niekada dar nesu matęs gydytojo, kuris pats gertų vaistus, kuriuos kitiems buvo paskyręs.

— O gi štai man prirašė gydytojas gerti tam tikromis valandomis šampano kūno jėgoms sustiprinti. Ir kiekvieną kartą, kai ta valanda ateina, gydytojas atvyksta pas mane su vizitu.

× Tikra teisybė.

Direktorius bara savo mašininkę:

— Vakar tamsta pasiprašei kelioms valandoms pas gydytoją, o netrukus po to aš tamstą mačiau kavinėje su kažkuriu jaunuoliu.

— Tačiau, pone direktoriau, — ginasi mašininkė, — tatai ir buvo gydytojas, mano sužadėtinis.

× Nesuprato.

Gydytojas, ištyręs pacientę, tarė jos vyrui:

— Turiu atvirai pasakyti, kad tamstos žmona visai man nepatinka.

— Na, žinai, daktare! Tamstos žmona taip pat ne kažkokia gražuolė.

× Viskas sveikatai.

— Del ko tamsta taip dažnai muši savo vaikus?

— Del jų sveikatos.

— Ką?

— Kaipgi, gydytojas man prirašė ko daugiausia judesių.

× Pas gydytoją.

— Ir taip, koniaką aš galiu gerti, p. daktare?

— Gerti? Ką tamsta išsigalvojai! Koniakas tamstai turi būti tiktai vaistai! Tamsta turi jį v a r t o t i!

× Sunkiai pagydomas.

— Taigi, Plaukius jau baigia paskutinius gydytojus lankyti.

— Na ir nė vienas jo nepagydė, kad vis pas naują turi eiti?

— Gydyti ar pagydė, tai neaišku; tik aišku, kad jis ne vienam honoraro nesumokėjo.

× Pasaulinio rekordo siekimas.

Bokso čempionas susirgo gripu. Gydytojas jį paguldė į lovą ir matuoja temperatūrą.

— Na ir t°-ra! — pasakė gydytojas, pažiūrėjęs į ištrauktą termometrą.

— Kiek? — paklausė boksininkas.

— Keturiasdešimt ir 3 dešimtosios...

— O koks pasaulinis rekordas?

× Radikaliausi vaistai.

— Kuriuos vaistus prirašė gydytojas tamstos žmonos nervams pagydyti? — klausia draugas draugą.

— Radikaliausius vaistus — jis pasakė, kad jos liga yra senatvės pažymys. Ir jį tuojau pagijo.

CAMPHOSOL

Ger-Ma-Po

Sudėtis: *Camphora, paversta tirpstančia druska, Natr. Campho-sulfonicum pavidalu.*

Indikacijos: Kur vartojamas kamparas, k. a.: visų širdies veikimo nusilpimų ir asfiksijos reiškinių atvejais. Plaučių uždegimas. Infekcinės ligos.

Vartojimas: 3-4 kartus per dieną po 1 tabletę, arba po 25-40 lašų, arba į paodį 1 ccm.

Įpokavimas: Stikliniuose vamzdeliuose 10 tablečių po 0,1 ir 0,2. Buteliukuose 10 ccm 10% tirpinio.

Dėžutėse po 6 ir 10 amp. 1 ccm.

Akc. B-vės „Varpas“ spaustuvė. Kaunas, Gedimino 38.